341

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 30 Mai 1905, à 1 heure

PAR

Maurice CHAPEYRON

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Péritonites généralisées

d'Origine Appendiculaire

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges { MM. POIRIER, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*
CUNEO, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'hôpital Bichat
Chirurgien en chef des Asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur.

Mon très cher maître,

Malgré ma bonne volonté, ce modeste travail est bien imparfait, et les qualités qu'il peut avoir c'est à vous seul qu'il les doit. Néanmoins, je vous prie d'accepter ces quelques lignes d'une œuvre qui est vôtre, comme gage de reconnaissance pour votre savant enseignement, et aussi mes bien sincères remerciements pour la bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner pendant mon trop court séjour auprès de vous, et la confiance dont vous avez bien voulu m'honorer en m'autorisant à remplir, à l'occasion d'événements bien pénibles, les fonctions d'interne en chirurgie dans votre magnifique service de Bichat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Ancien Interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris
Au nom de l'amitié dont il veut bien m'honorer.

A MES AMIS

MESSIEURS GAUDEAU, BROC, MORLET,
TIXIER, DE FOURMESTRAUX

Internes des Hôpitaux

Qu'il me soit permis d'adresser tout spécialement l'assurance de ma profonde reconnaissance à mon très excellent ami

MONSIEUR CHARLES LINÉ

Interne des Hôpitaux

A MON BON AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR H. CLERMONTHE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Péritonites Généralisées

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

INTRODUCTION

Il est convenu d'admettre et de répéter que l'intervention dans les cas de péritonites généralisées est des moins consolantes pour le chirurgien car le plus souvent « le malade continue à mourir ». Cette phrase, que nous relevions hier encore dans le plus récent article écrit sur la question, reflète parfaitement l'opinion de la majorité des chirurgiens ; mais, pour nous qui avons appris, auprès de notre excellent maître, M. le Dr Picqué, à connaître et guérir l' « incurable affection », elle nous remplit d'une profonde surprise.

Nous voulons donc, en écrivant ce modeste travail, protester contre ce pessimisme de tradition, en

essayant de démontrer, par une suite d'observations vraiment convaincantes et scrupuleusement recueillies dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, que la péritonite généralisée, principalement celle d'origine appendiculaire, de beaucoup la plus fréquente et bien souvent la plus grave, est parfaitement susceptible de guérir, pourvu que le chirurgien soit en mesure d'intervenir à temps : d'où l'impérieuse nécessité d'en formuler le diagnostic précoce. Mais là réside toute la difficulté. En effet, le tableau clinique de la péritonite généralisée au début ne se prête à aucune description méthodique ; chaque cas paraît différer du précédent, comme il différera du suivant : Telle péritonite débute brusquement, dramatiquement, s'annonçant par une vive douleur, « en coup de poignard » ; telle autre évolue insidieusement, sournoisement, et ce sont de beaucoup ces formes insidieuses, heureusement les plus rares, qui sont les plus graves, car elles trompent la vigilance du clinicien qui n'est pas prévenu. Celui-ci attend-il, en effet, pour confirmer un diagnostic bien hésitant l'apparition de tous les signes cliniques que comporte l'*évolution* de la péritonite, à savoir le ballonnement du ventre, la réapparition des vomissements, d'abord bilieux, puis fécaloïdes, la rapidité du pouls, l'anxiété respiratoire, etc., il court alors à un échec certain. Et nous sommes persuadé que c'est pour avoir commis cette erreur d'avoir trop attendu que les chirurgiens enregistrèrent tant d'insuccès car, plus on attend, plus on diminue les chances de guérison.

En résumé, nous pensons qu'il faut être très sobre dans la recherche des signes de la péritonite ; et loin de s'attarder à assister impassible à son évolution, il faut seulement rechercher avec soin ceux qui témoignent *au début* de la généralisation du processus infectieux : nous insisterons tout spécialement sur ce chapitre, assez sommairement décrit par les auteurs, quoique ce soit le plus important, puisqu'il permet seul d'envisager les conditions de curabilité de la péritonite généralisée. Puis nous ferons l'exposé des différents procédés de technique opératoire proposés jusqu'ici, en insistant plus spécialement sur le drainage du péritoine ; nous ne dirons que peu de choses sur le lavage du péritoine qui, pour des raisons suffisamment décrites et que nous analyserons brièvement, semble être de plus en plus délaissé.

QUELQUES MOTS D'HISTORIQUE

L'histoire de la péritonite généralisée est d'ordre tout récent ; elle remonte à peine à une vingtaine d'années ; le premier travail d'ensemble écrit sur la question date de 1882, c'est la thèse de Mosiman : nous y relevons la première observation — de Kœberlé — de péritonite généralisée, traitée par la laparotomie et le drainage et suivie de guérison.

Puis c'est la thèse de Dupaquier (1885), inspirée par Lannelongue, suivie bientôt de l'excellent travail de Truc (de Montpellier, 1886) pour sa thèse d'agrégation.

Nous voici en 1888 : à ce moment Fitz, après avoir rayé définitivement du cadre pathologique la doctrine de la typhlite d'Albers, de Bonn, celle de la périty phlite et des phlegmons iliaques de Daun, Ménière et Grisolle, établit définitivement la doctrine de l'appendicite : on décrit tout aussitôt la péritonite, d'origine appendiculaire, qui en 1889, au Congrès de Chirurgie, est l'objet d'une longue et vive discussion.

Jusque-là, la péritonite était excessivement rare dans les services de chirurgie et par suite à peu près méconnue des chirurgiens, qui la considéraient comme excessivement grave, presque toujours mor-

telle : c'est qu'en effet on ne rencontrait alors en chirurgie qu'un petit nombre de variétés de péritonite, et justement les plus graves, à savoir les péritonites par instruments tranchants et coups de feu, et les péritonites infectieuses post-opératoires. Les péritonites primitives étaient ordinairement soignées en médecine ; celles d'origine stomacale, hépatique, utérine, à peu près inconnues, en chirurgie ; enfin, les péritonites d'origine puerpérale restaient toujours dans les cliniques d'accouchement. Quant aux péritonites d'origine médicale, et que l'on remettait toujours trop tard entre les mains des chirurgiens, leur résultat était toujours négatif. Avec l'appendicite, apparaît la péritonite d'origine appendiculaire : l'histoire de la péritonite entre dès lors dans une phase plus active. Dès 1890, les chirurgiens déjà divisés en interventionnistes et non-interventionnistes tombent à peu près tous d'accord déjà pour conseiller l'intervention précoce, seule chance de salut, lorsque l'on se trouve en présence d'une péritonite généralisée d'origine appendiculaire. En 1892, on commente les premiers cas de péritonite généralisée appendiculaire traités par la laparotomie et suivis de guérison ; on précise la technique opératoire, et en 1893 on préconise le lavage qui a déjà de chauds partisans. En 1894, M. le professeur Berger soumet la première observation heureuse de péritonite généralisée, consécutive à une gangrène de l'appendice, guérie par la triple incision et le lavage du péritoine. Routier, Nélaton, Gérard-Marchand, Brun, Peynot, Quénu,

communiquent à leur tour à la Société de chirurgie une suite d'observations heureuses. Il semble que la péritonite généralisée soit entrée dans la voie des succès. Encouragés par ces quelques heureuses observations du début, il semble que les chirurgiens doivent fournir bientôt des statistiques moins sombres. Il n'en fut rien malheureusement : celles-ci restaient toujours aussi chargées, le nombre des insuccès dépassant de beaucoup les cas heureux, tant et si bien qu'on en vint bientôt à suspecter les cas de guérison, et à mettre en doute la curabilité de la terrible affection. Etaient-ce bien réellement des péritonites généralisées qui avaient été présentées jusque-là ? N'étaient-ce pas plutôt des péritonites enkystées, à grands foyers purulents, que Ch. Nélaton venait de décrire, et que l'on savait parfaitement susceptibles de guérir ? Et la plupart des communications étaient empreintes d'un profond scepticisme et en même temps du plus noir pessimisme ! Roux de Lausanne avoue que pour lui « la péritonite généralisée d'origine appendiculaire ressort moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ». Bien plus, dans une communication au Congrès de Moscou de 1897, il accuse l'intervention trop précoce d'avoir causé la mort d'un malade atteint d'appendicite aiguë à forme mésocœliaque. « Cette variété où l'on ne sent pas l'exsudat solide profondément placé derrière les anses intestinales ballonnées, mais seulement l'exsudat séreux ou séro-purulent, ressemble beaucoup au début à la péritonite généralisée ; mais au bout de

deux jours, son évolution se fait comme dans les autres formes après production d'abcès. Pour que l'opération donne la guérison, il faut se bien garder d'intervenir pendant les jours de sidération péritonéale. En général l'abcès devient accessible par le flanc, le rectum ou le vagin du cinquième au septième jour. » Reynier, en 1897, à la Société de chirurgie, déclare la guérison impossible : il préfère employer les moyens médicamenteux ; en relevant les forces du cœur, il pense retarder le dénouement fatal, permettre à l'organisme de résister, à la localisation de s'effectuer, au péritoine de se défendre, car pour lui la localisation est toujours la règle, la généralisation, l'exception. « Ce pus trouvé libre, dit Reynier, aurait pu s'enkyster ultérieurement, et si l'on était intervenu plus tard, on aurait pu trouver cet enkystement ; les interventionnistes de la première heure trouvent rarement des adhérences, des foyers enkystés ; l'appendice est libre, les anses intestinales au voisinage sont rouges, baignant dans la sérosité louche : mais il ne paraît pas y avoir d'enkystement. Est-on en droit de dire qu'une telle péritonite est généralisée ? Non, car en intervenant un peu plus tard, on voit beaucoup de ces péritonites se localiser. » Et lorsque cette localisation s'est effectuée, il intervient alors et évacue le pus ; il déclare profiter du moment d'accalmie très souvent trompeuse qui se produit, pour opérer, à moins que l'état général et local lui permette encore d'attendre pour laisser les adhérences se fortifier.

« D'ailleurs, ajoute-t-il, s'il est exact que l'appendicite gangréneuse avec péritonite suraiguë se rencontre assez fréquemment chez l'enfant, chez l'adulte cette forme doit être considérée comme l'exception. Ce que l'on observe le plus souvent, ce sont des accidents de péritonisme ; ils se traduisent, il est vrai, par tous les signes de la péritonite généralisée au début, à tel point que le diagnostic différentiel est à peu près impossible, mais la marche est différente dans les deux cas : s'il s'agit de péritonite, la gravité de l'affection s'accuse de plus en plus ; s'il s'agit de péritonisme, les accidents s'amendent sensiblement vers le troisième jour et plus tard, les signes d'irritation péritonéale se limitent, le pus se collecte en un foyer plus ou moins circonscrit qui, à une date plus éloignée, vers le sixième ou le huitième jour, pourra être évacué en toute sécurité, et sans qu'on n'ait à craindre le shock opératoire, parfois mortel, qui peut succéder aux opérations trop précipitées : donc, jusqu'au troisième jour, soigner le malade médicalement ; c'est-à-dire par la glace et l'opium, puis à ce moment, et si les accidents s'aggravent, intervenir par la laparotomie.

La question est reprise en 1899 à la Société de chirurgie ; on fixe plus exactement la symptomatologie de la péritonite généralisée ; Jalaguier dans son excellent article du *Traité de chirurgie*, décrit successivement la péritonite purulente, très susceptible de guérir, de la septicémie péritonéale, au pronostic plus sombre. La même année, Siron, inspiré par

Routier, pose dans sa thèse des conclusions nettement en faveur de l'intervention précoce : « Si, dit-il, cette intervention précoce laisse mourir encore beaucoup de malades, c'est en elle seule qu'est le salut, et bien souvent il s'en est fallu de quelques jours, de quelques heures même dans la précocité de cette intervention pour que peut-être le résultat ait été totalement changé. »

De nombreuses discussions sur l'intervention même dans ces péritonites, sur le moment le plus favorable à cette intervention et sur ses résultats, ont eu lieu dans toutes les sociétés savantes, dans tous les congrès, et en France surtout à la Société de chirurgie. Si un certain nombre de chirurgiens en sont restés à l'attente et au choix du moment opportun, la plupart sont devenus partisans de l'intervention hâtive. Pour oser cette précocité d'intervention, il faut baser celle-ci sur un diagnostic aussi rapide que ferme. Ce diagnostic n'est pas toujours facile, et trop souvent le chirurgien est appelé trop tard, alors que tous les moyens médicaux ont été employés sans succès : or, si le chirurgien est parfois désarmé en face de la péritonite généralisée en pleine évolution, il est le plus souvent en son pouvoir de la prévenir.

Actuellement donc, avec l'immense majorité des chirurgiens nous concluons pour l'intervention précoce à outrance, quand bien même il resterait un doute sur la péritonite possible. D'ailleurs qu'il y ait ou non de la péritonite, l'appendicite existe toujours, et cela nous suffit pour nous autoriser à pren-

dre le bistouri, le malade n'ayant que de bons résultats à attendre dans un cas comme dans l'autre. Le professeur Dieulafoy le proclame bien haut : « On ne se repent jamais d'être intervenu trop tôt : on se repent souvent d'avoir opéré trop tard. »

DÉFINITION

Il n'est pas inutile, avant d'entrer plus avant dans notre sujet, de bien spécifier ce que l'on doit entendre par péritonite généralisée ; il nous faut donc revenir sur les différentes définitions proposées jusqu'ici, et sur le sens que les auteurs leur attachèrent.

Est-il juste tout d'abord d'englober parmi les péritonites généralisées ces simples abcès péritonéaux enkystés, parfois très vastes il est vrai, qui remplissent le bassin et les fosses iliaques jusqu'à l'ombilic, et que Ch. Nélaton a bien décrites sous le nom de péritonites généralisées à foyers multiples ? Nous ne le pensons pas : en effet, le pronostic de ces péritonites à grands enkystements, dénommées encore péritonites purulentes péri-appendiculaires, et qui peuvent se terminer quelquefois par une péritonite purulente circonscrite, n'est pas beaucoup plus grave que celui des petites collections péri-cœcales, si l'on a soin de les drainer judicieusement. On conçoit en effet facilement qu'une telle péritonite puisse évoluer vers la guérison, si l'on songe que la formation d'adhérences est une preuve de réaction de l'organisme, de l'effort du péritoine à se défendre contre une infection.

De même, l'affection signalée par Sonnenbourg sous l'épithète de péritonite fibrino-purulente généralisée progressive, quoique se rapprochant déjà davantage de la véritable péritonite généralisée, ne peut entrer dans cette classe : « Cette variété, écrit Sonnenbourg, est surtout caractérisée par la présence de fausses membranes, tantôt minces, tantôt résistantes, qui unissent entre eux tous les viscères ; on trouve en outre au milieu des anses intestinales de nombreux abcès enkystés. » Nous retrouvons encore ici ce travail de défense, cette réaction péritonéale qui lutte souvent avec succès contre la généralisation du processus infectieux : une telle affection ne peut être qualifiée de péritonite généralisée.

Tout récemment Bérard, de Lyon, crée et décrit la péritonite diffuse suppurée, qu'il distingue avec raison de la péritonite généralisée : car ici, « le péritoine est infecté seulement dans sa grande loge inférieure, au-dessous du méso-côlon transverse ; les anses grêles, agglutinées avec l'épiploon presque en un seul paquet, ne laissent entre elles aucun espace vide pouvant être le point de départ d'abcès cloisonné ».

Jalaguier distingue à son tour une péritonite généralisée avec adhérences qu'il décrit ainsi : « Les exsudats inflammatoires agglutinent les anses intestinales et protègent contre l'envahissement de la suppuration certains départements de la cavité abdominale ; ce péritoine irrité a réagi ; l'organisation

d'adhérences s'est opposé à l'irrigation septique de toute la cavité abdominale ; le pus, en général séreux, fétide, s'accumule dans le petit bassin, dans les fosses iliaques, remonte souvent dans les flancs ; les anses intestinales réunies en paquet, couvertes de fausses membranes d'un jaune verdâtre, enveloppées en partie par l'épiploon, forment paroi de la cavité purulente, et le liquide septique ne s'insinue pas entre elles ; quelquefois, il y a plusieurs cavités purulentes plus ou moins bien isolées les unes des autres, trois ou quatre foyers indépendants bien limités et développés à une certaine distance entre les anses intestinales. » Cette description se rapproche suffisamment de la péritonite généralisée à foyers multiples de Nélaton, décrite plus haut, pour que nous n'y insistions pas davantage.

Mais, M. Jalaguier admet une seconde variété de péritonite généralisée, cette fois sans adhérences, qu'il subdivise en péritonite purulente sans adhérences, pour lui tout à fait exceptionnelle et caractérisée par la présence du pus « dans la totalité de la cavité péritonéale », et une péritonite septique diffuse, dans laquelle les anses intestinales « parfois à peine rouges, sans adhérences, nagent dans un liquide louche, infect, ressemblant à du bouillon sale ».

Il nous est difficile de nous ranger à cette seconde définition de M. Jalaguier ; pour nous, la péritonite généralisée n'est pas synonyme de péritonite purulente ou de péritonite septique, attendu que ces qualifica-

tifs ne s'adressent nullement à l'extension ou à la généralisation du processus infectieux, mais bien à la forme de réaction péritonéale, contre l'agent en cause, si bien qu'une péritonite généralisée peut être tantôt une péritonite septique diffuse, tantôt une péritonite purulente : aussi, définirons-nous la péritonite généralisée « *un processus d'infection péri-* « *tonéale sans barrière, c'est-à-dire contre lequel le* « *péritoine ne s'est pas défendu en le limitant par* « *des adhérences, lorsque les anses intestinales bai-* « *gnent librement dans le pus, ou encore, celles non* « *accompagnées de secrétion purulente, dans les-* « *quelles on ne trouve qu'une petite quantité de séro-* « *sité purulente et aucune barrière* » (Picqué).

Et celles qui furent guéries à l'hôpital Bichat appartenaient bien à cette catégorie.

Est-ce à dire d'autre part qu'il faille, pour admettre l'existence d'une péritonite généralisée, trouver l'extension du processus infectieux dans tous les diverticules de la séreuse y compris l'hiatus de Vinslow ? Nous ne le pensons pas ; quand il arrive à ce degré de diffusion, le processus infectieux a atteint généralement tous les viscères qu'il a désorganisés ; dans ces conditions, la guérison est impossible, la vie est également devenue impossible par suite de la destruction de tous les tissus de l'organisme.

Et c'est pour n'avoir pas compris cette indication que l'on a inutilement chargé les statistiques de cas funestes, qui ne devaient pas logiquement y entrer. En présence d'une septicémie généralisée, se tradui-

sant du côté du cœur par une asystolie d'origine infectieuse, due à la dégénérescence de la fibre cardiaque, et d'autre part par la présence d'albumine dans les urines, et souvent par une anurie quelquefois absolue, caractérisant du côté des reins la même lésion que du côté des autres viscères, la chirurgie est impuissante.

Et qu'on ne vienne pas vous dire que vous devez opérer ces malades sous peine de mériter le reproche de soigner vos statistiques, en éloignant les mauvais cas pour ne conserver que les favorables ; la chirurgie en effet n'est due qu'au malade et non au moribond : les sujets atteints de septicémie générale ne sont plus des malades : on doit les laisser mourir en paix, « parce que la chirurgie ne peut rien contre un organisme dont tous les rouages sont détruits » (Picqué).

CHAPITRE I

Quelles sont les conditions qui permettent aujourd'hui d'envisager la curabilité de la péritonite généralisée ?

Nous voici en présence d'un malade, amené d'urgence à l'hôpital : renseignons-nous sur ses antécédents : Nous ne serons pas surpris d'apprendre que le début de la crise remonte à quarante-huit heures, souvent plus ; le malade, jusque-là en bonne santé, a été surpris brusquement, au milieu de ses occupations journalières, par une douleur intense, « en coup de poignard », au niveau de la fosse iliaque droite : jamais jusque-là il n'avait souffert de crises appendiculaires. (En effet, comme le fait remarquer si justement M. Talamon, dans la majorité des cas la péritonite généralisée d'emblée s'observe à l'occasion d'une première attaque d'appendicite). En même temps apparaissent des vomissements, d'abord alimentaires, puis légèrement bilieux ; l'état général est bon ; le pouls bat peut-être un peu vite, mais plein et régulier, la température oscille entre 38°,5 et 39°. Au point de vue local, le ventre est souple et parfaitement dépressible à gauche ; pas de plastron

au niveau de la fosse iliaque droite ; mais on perçoit nettement de la défense musculaire ; la palpation réveille à ce niveau une vive douleur, vive surtout au niveau du point de Mac-Burney, mais ayant déjà une légère tendance à s'irradier vers la ligne médiane et à la dépasser. Malgré tout, on rassure le malade et son entourage en portant le diagnostic de crise appendiculaire aiguë et un pronostic favorable. On ordonne en conséquence le repos absolu au lit, une potion opiacée et l'application d'une vessie remplie de glace sur la région douloureuse.

On revoit le malade le lendemain ; l'état général semble moins satisfaisant ; le malade semble légèrement déprimé ; les traits de son visage un peu pâle sont étirés ; son pouls un peu plus rapide bat à 110 ; il conserve toutefois toute son ampleur et sa régularité ; la température tend plutôt à descendre. Par contre, l'état local semble s'améliorer, la douleur est beaucoup moins vive à droite, mais tend davantage à se généraliser à gauche, autour de l'ombilic, et jusqu'à l'épigastre ; on note toujours une résistance très nette de la paroi abdominale à la palpation ; cette résistance est nettement perçue au niveau des muscles droits ; pourtant le ventre n'est pas ballonné ; les vomissements du début ont disparu ; le malade a eu une selle, légèrement diarrhéique. Il semble donc à en juger par l'état local, que l'on puisse répondre de l'issue de la crise. « Accalmie traîtresse », aurait dit le professeur Dieulafoy. On quitte le malade, pleinement rassuré ; bien souvent même, devant la béni-

gnité de la crise, on néglige de le visiter le lendemain... Grande est la stupéfaction du médecin lorsque, quelques heures plus tard rappelé d'urgence auprès du même malade, il le retrouve méconnaissable ; l'affection a marché terriblement vite ; le ventre s'est ballonné ; les anses intestinales se dessinent sous la peau ; les vomissements ont réapparu, bilieux, porracés, puis fécaloïdes ; le facies est nettement péritonéal ; le pouls petit, filiforme, misérable, incomptable, à peine perceptible aux radiales, associé le plus souvent à une courbe de température s'acheminant rapidement vers l'hypothermie : à ce moment la douleur du début a disparu, le ventre n'est plus douloureux à la palpation, la respiration est franchement dyspnéique et très superficielle, la peau recouverte d'une sueur visqueuse et froide, la langue rôtie, les extrémités commencent déjà à se refroidir, la cyanose annonce la fin prochaine. Devant une catastrophe aussi imminente, on se décide enfin à remettre le malade, — n'est-ce pas plutôt déjà un moribond? — entre les mains du chirurgien qui, héroïquement, pratique la laparotomie, suprême tentative, rarement alors couronnée de succès !

Ainsi, malgré l'idée généralement admise de l'intervention précoce, dans l'immense majorité des cas le malade est trop tardivement confié au bistouri du chirurgien ; on hésite trop à formuler un diagnostic rapide, parce que l'on est peu fixé sur les signes qui marquent le début de la péritonite ; pour en admettre l'évidence, on attend trop d'être en présence de

tous les signes que comporte l'évolution de la péritonite, à savoir le ballonnement du ventre, les vomissements bilieux puis fécaloïdes, le facies grippé, les modifications du pouls, de la température, des mouvements respiratoires, tous signes d'une déchéance déjà trop intime de l'organisme.

Aujourd'hui il ne faut pas être si exigeant ; pour pouvoir combattre la péritonite généralisée avec succès, il faut la surprendre au début ; il faut donc s'attacher tout spécialement à l'étude des signes, qui annoncent le moment où se fait la généralisation de l'infection péritonéale. Ces signes, qui jamais ne nous firent défaut, et qui seuls permettent d'envisager la curabilité de la péritonite généralisée sont le frisson, la douleur, le vomissement du début, l'étude du pouls principalement dans ses rapports avec la courbe thermique et enfin le facies.

Le frisson. — Précédant quelquefois la douleur, le plus souvent coïncidant avec elle, le frisson a une importance considérable en tant que symptôme initial ; le plus souvent il est unique, intense, prolongé ; plus rarement, il se traduit par de petits frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés, pendant les premières heures de la maladie.

La douleur. — Puis, subitement dans l'immense majorité des cas, sans cause occasionnelle appréciable et en dehors de tout écart de régime, apparaît la douleur, suraiguë, extrêmement vive, intolérable « en coup de poignard », généralement localisée au niveau d'une fosse iliaque, à droite au point de Mac-Burney,

plus rarement à gauche ou au niveau de l'ombilic. C'est le symptôme dominant du début : son principal caractère était sa localisation : le moindre attouchement volontaire ou non l'exaspère au point d'arracher des cris aux malades les plus résignés : elle est réveillée par la moindre pression, le simple contact des couvertures ; elle s'exaspère souvent sous forme de coliques provoquées par les contractions abdominales. Elle change bientôt de caractère : la palpation de la fosse iliaque est beaucoup moins pénible : en même temps, elle a nettement tendance à se généraliser ; on la retrouve à gauche ; on la réveille autour de l'ombilic et au niveau de l'épigastre ; en somme, l'abdomen est douloureux dans son ensemble. C'est une douleur diffuse, mais sourde : il faut souvent pour la déceler déprimer assez profondément la paroi abdominale.

Donc au début, douleur violente et nettement localisée, qui bientôt se change en une douleur beaucoup moins vive, un endolorissement diffus à tout l'abdomen. Ce signe nettement décrit pour la première fois par M. Quénu peut être considéré comme pathognomonique de la péritonite généralisée, lorsqu'on le rencontre au cours d'une appendicite aiguë. « Dans les septicémies péritonéales, proclame très justement M. Quénu, dans les inflammations très septiques, à une période de douleur vive, parfois très courte, succède bientôt un endolorissement, une sorte d'anesthésie allant jusqu'à masquer le siège initial d'intoxication. » Le professeur Kenn considère

lui aussi comme un excellent élément de diagnostic cette diffusion de la douleur, il y attache une importance très considérable : « Jamais, dit-il, ce signe ne lui a fait défaut ; quand on a affaire à une appendicite à ses premiers stades, on peut exercer une pression assez forte sur le côté gauche, sans provoquer la douleur à droite ; quand la maladie croît en gravité, il faut une pression de moins en moins forte du côté gauche pour provoquer la douleur à droite ; quand la péritonite se généralise, la pression sur la fosse iliaque gauche produira non seulement de la douleur à droite mais aussi à gauche, à l'endroit où l'on appuie. » Bien souvent alors la présence de ce point douloureux à gauche coïncide avec la disparition complète ou presque de la douleur à droite, au point de Mac-Burney ; d'où ce précepte : c'est toujours au début de la crise, dès l'apparition des premières douleurs spontanées qu'il convient d'explorer attentivement la sensibilité du ventre.

Concurremment avec la douleur, on note à la palpation une défense musculaire très nette ; d'abord, localisée à droite, au niveau du point douloureux, on la constate bientôt à gauche, et un peu partout au niveau de la paroi abdominale ; la résistance à la palpation suit, en effet, une marche parallèle à celle de la douleur provoquée, dont elle partage la cause ; l'apparition ou l'extension progressive ou brusque de de la contraction musculaire, même et surtout après une accalmie d'une certaine durée, a la même signification qu'une évolution identique de la douleur;

elle indique suffisamment la généralisation du processus infectieux. Quelquefois, néanmoins, ce signe nous a fait défaut ; dans certains cas (Obs I.) la paroi abdominale conserve toute sa souplesse, et se laisse parfaitement déprimer.

Le vomissement.— Presque en même temps que le frisson et la douleur apparaissent les vomissements, que nous qualifierons de « vomissements du début » par opposition à ceux que nous étudierons plus loin.

Ils sont constants, toujours très précoces, le plus souvent alimentaires, quelquefois bilieux, jamais fécaloïdes. Contrairement à l'opinion généralement admise qui les considère comme très abondants, tenaces et persistants, nous affirmons qu'ils sont fugaces, très passagers, et qu'ils s'arrêtent bientôt ; il est vrai qu'un état nauséeux leur succède, très pénible pour le patient.

Le pouls. — Dès le début, le pouls, envisagé surtout dans ses rapports avec la courbe thermique, donne de très utiles renseignements : généralement, il est accéléré, battant entre 100 et 110 ; exceptionnellement, on le trouve normal, très rarement ralenti ; au début de la crise péritonéale, il conserve toujours son amplitude et sa régularité ; mais, à mesure que la septicémie se généralise à tout l'organisme, ses caractères changent : il devient irrégulier, très rapide, filiforme.

Le début de la péritonite généralisée s'accompagne toujours d'une certaine élévation de température ; l'hyperthermie n'est jamais très élevée : on note 38°5,

39°, rarement plus : lorsque la courbe tend à descendre, coïncidant avec une progression inverse du pouls, il n'y a pas de temps à perdre : on se trouve en présence d'une infection péritonéale, qui se généralise ; cette dissociation existe dans toutes les septicémies : elle acquiert une importance encore plus grande, lorsque, au cours d'une crise appendiculaire aiguë, ayant évolué jusque-là avec hyperthermie, 39°-39°.5, on voit subitement la température décroître, et le pouls s'accélérer.

Si le pouls et la température, après s'être accrus parallèlement et progressivement, se dissocient brusquement, la température tombant au voisinage de 37°, tandis que le pouls demeure rapide à 120, surtout s'il est petit, serré, dur ou mou, filant, il faut intervenir immédiatement, qu'il y ait ou non des signes de défense locale : cette dissociation, on ne saurait trop le répéter, indique toujours une intoxication générale violente ; s'il y avait des signes de localisation, on doit supposer la généralisation brusque ; si la localisation manquait, c'est qu'il s'agit d'une appendicite gangréneuse ou perforante avec péritonite généralisée d'emblée.

On peut observer la dissociation inverse, c'est-à-dire une température assez élevée, avec un pouls relativement peu rapide : ces cas paraissent avoir une signification moins mauvaise. Enfin si, avec une température très élevée, on constate un pouls petit, misérable, filiforme à 130 et plus, c'est le pouls qu'il faut croire. N'oublions pas toutefois, comme le fait si

justement remarquer M. Routier, que l'on peut faire des litres de pus sans avoir plus de 38° avec un pouls au-dessous de 100. Cette ascension peu importante du pouls est d'ailleurs une exception.

En résumé, une discordance entre le nombre des pulsations cardiaques et le dégré de température au cours d'une appendicite indique presque à coup sûr la tendance de la péritonite à se généraliser : lorsque cette discordance apparaît dès le début, quelque atténués et obscurs que puissent être les autres signes, on peut affirmer que la péritonite est diffuse d'emblée. Ce signe est donc un important élément de diagnostic et de pronostic que l'on devra toujours rechercher très soigneusement.

Facies. — Dès le début, le facies est altéré ; le visage est d'une pâleur excessive, les traits sont fatigués, déprimés; on note une certaine anxiété de la physionomie, du regard. Ch. Nélaton nous raconte qu'il est intervenu avec succès chez trois malades, qui, avec des phénomènes très légers de réaction abdominale, présentaient ce facies péritonéal, et chaque fois il constata la présence du pus dans la cavité péritonéale. Avec les progrès de l'infection, mais très rapidement, ces caractères du facies s'accentuent bien davantage : une expression de profonde angoisse se lit sur la face : les traits sont étirés, amincis, les narines effilées, les yeux encerclés de bistre paraissent excavés ; la peau livide, cyanotique, plombée, traduit la gêne apportée à l'hématose, par une intoxication déjà intime de l'économie.

Frisson, douleur, dissociation du pouls et de la température, altération des traits, stigmatisent réellement la péritonite généralisée *au début*. Nous attachons une importance considérable à leur présence, et conseillons vivement aux cliniciens d'en pratiquer la recherche minutieuse sur le malade, parce que ce sont des signes de certitude, pathognomoniques de l'infection péritonéale généralisée, et en outre parce qu'ils apparaissent d'emblée, dans les premières heures de la crise, et presque simultanément au moment même où s'opère la généralisation du processus infectieux ; ils forment à eux seuls un tableau clinique suffisamment complet, pour autoriser l'intervention sans délai.

C'est avec intention que, jusqu'ici nous avons négligé de décrire certains symptômes, comme le ballonnement du ventre, la dyspnée, etc., qui, habituellement, complètent le tableau de *l'évolution* de la péritonite généralisée. Et si nous nous décidons à en causer maintenant, c'est pour en démontrer leur inconstance, tout au moins dans les premières heures de l'infection — le seul point qui nous intéresse ici — et le danger que l'on fait courir au malade si l'on attend leur apparition.

Le ballonnement du ventre est exceptionnel au début ; le météorisme fait généralement défaut ; le ventre, loin d'être luisant, lisse, tendu, conserve très souvent sa souplesse et ses dimensions normales ; une fois même, nous l'avons rencontré creusé en bateau : il était dur et contracté. Que le lecteur

veuille bien se reporter à l'observation XX ; ce malade est examiné dès son entrée en salle ; il présente peu de signes d'infection péritonéale, si bien que l'on formule le diagnostic de colique de plomb, le ventre étant creusé en bateau, très douloureux et contracturé ; nous nous rangeons tous à cet avis. Notre Maître l'examine et affirme l'existence d'une péritonite généralisée : il exige l'intervention immédiate. M. le Dr Grégoire, avec notre aide, pratique la laparotomie ; le diagnostic de péritonite généralisée est confirmé, le malade guérit !

Nous ne voulons pas insister davantage sur les alternatives de constipation et de diarrhée, ou encore la constipation persistante, qui fait penser souvent à l'occlusion intestinale, et que l'on retrouve chez certains malades atteints de péritonite généralisée ; notre conviction n'est pas sincère, nos observations ne nous renseignant qu'imparfaitement à ce sujet. Quant à la dypsnée, existe-t-elle réellement tout au début de la septicémie péritonéale ? Nous ne le pensons pas ; jamais nous n'avons rencontré cette anxiété respiratoire, pourtant généralement admise aujourd'hui. Sa présence est l'indice d'une intoxication intime de tout l'organisme ; elle coïncide alors avec tous les signes habituels d'une septicémie généralisée, à savoir les modifications excessives du pouls, devenu incomptable et filiforme, la courbe de température en hypothermie, les vomissements fécaloïdes, la cyanose, le refroidissement des extrémités, le collapsus.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas autrement sur le traitement médical de la péritonite généralisée : si dans quelques faits exceptionnels, au sujet desquels d'ailleurs il est toujours possible d'élever des doutes sur l'existence réelle de la diffusion de l'infection péritonéale, le simple traitement médical (glace et opium) a pu réussir à limiter (?) la péritonite, ces faits sont certainement trop rares pour qu'il soit permis de compter avec eux. En face d'une péritonite généralisée confirmée, nous pensons que la thérapeutique médicale est absolument impuissante : faisons d'abord justice du lavement et des purgatifs, qui excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin, alors qu'il faudrait les supprimer, pour tâcher de limiter la diffusion de l'infection. Certains chirurgiens ont considéré même le traitement opiacé comme une méthode dangereuse, qui avait l'inconvénient de masquer les symptômes de la péritonite commençante, de procurer une amélioration trompeuse, de retarder ainsi l'opération et d'en aggraver le pronostic : il nous semble excessif néanmoins de condamner définitivement le traitement opiacé, dont une longue expérience a permis de constater les heureux effets,

au cours des inflammations péritonéales ; il n'est pas douteux qu'il présente l'immense avantage de calmer la douleur et d'immobiliser l'intestin. A ce titre donc, il mérite d'être conservé, mais sous cette réserve qu'il doit être considéré comme un traitement d'attente, comme une méthode thérapeutique provisoire, avant l'arrivée du chirurgien.

Le traitement chirurgical est le traitement de choix ; en face d'une péritonite généralisée, la laparotomie est l'unique ressource. Celle-ci, qui sera toujours très précoce, doit être exécutée avec une grande rapidité ; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point ; mais, il est bien évident que malgré l'habileté de l'opérateur, la laparotomie sera souvent une intervention d'une durée assez longue qui nécessiste l'anesthésie, et parfois des manœuvres prolongées dans l'intérieur du péritoine, lorsqu'il faut aller à la recherche d'un appendice profondément situé ; la première indication qui s'impose au chirurgien, avant de commencer la laparotomie, est donc de relever les forces du malade et de lui permettre de résister au shock opératoire. On y parviendra en général en pratiquant des injections hypodermiques d'éther, de caféine, de sérum et d'huile camphrée.

Le sérum en particulier doit être administré dès le début de l'opération en injection sous-cutanée ou en injection intra-veineuse ; l'injection de 1000, ou 1200 grammes de sérum peut être renouvelée plusieurs fois par jour. Bien souvent alors, avant même

que l'opération soit terminée, le pouls se relève, devient plus ample et plus régulier : le malade entre bientôt dans une période de réaction caractérisée par une sensation de fraîcheur, un frisson, une notable ascension de la température, s'il était en hypothermie : enfin un léger sentiment de bien-être apparaît : quelques heures plus tard, si l'issue doit être favorable, on constate une débâcle urinaire : ce lavage du sang agit évidemment en relevant la pression artérielle et en régularisant le cœur.

Examinons maintenant les règles opératoires que doit suivre le chirurgien, s'il veut exactement remplir les indications nécessaires pour une intervention chirurgicale complète. Ces règles, au nombre de quatre, sont les suivantes :

1° La triple incision abdominale ;

2° L'isolement, par des compresses aseptiques, des anses intestinales, non encore contaminées ;

3° La recherche et la résection de l'appendice ;

4° Enfin, le drainage de la cavité péritonéale.

Triple incision. — En 1894, pour la première fois, M. le professeur Berger, présentant à la Société de chirurgie, un malade opéré et guéri de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, préconise la triple incision de la paroi abdominale ; ce point de technique, qui, depuis a fait ses preuves, tend de plus en plus à se généraliser : on a objecté, peut-être à tort, que ces longues et nombreuses incisions présentaient l'inconvénient de favoriser l'issue de l'intestin au dehors, et de prédisposer à l'éventration

ultérieure, mais l'importance de cet argument nous semble faible, lorsque l'on se trouve en présence d'une affection aussi grave que la péritonite généralisée.

Nous traçons donc la première incision de préférence au niveau de la fosse iliaque droite, surtout lorsqu'il persiste un doute au sujet de la généralisation de l'infection : incision classique de Roux : lorsque le péritoine est ouvert, tantôt on voit le pus s'écouler de la cavité, tantôt l'épiploon plus ou moins épaissi doit être soulevé avant de lui donner issue ; des gaz et une quantité plus ou moins considérable de pus s'échappent au dehors. En présence d'une généralisation aussi évidente, on pratique alors la laparotomie médiane sous-ombilicale, enfin, on trace une troisième incision à gauche au niveau de la fosse iliaque. Par ces trois incisions, qui facilitent l'écoulement du pus à l'extérieur, on évacue, dans la mesure du possible, la cavité péritonéale des liquides septiques qu'elle contient ; en outre, ces larges voies d'écoulement permettent à l'opérateur de juger de l'étendue des lésions : il constate par cela même l'extension plus ou moins considérable du processus infectieux : bien souvent alors, il constate l'intégrité de certaines anses intestinales, non encore souillées par le pus ; avant d'aller plus loin, il s'efforce de les protéger, en les isolant du milieu infect qui bientôt va les contaminer : en réalité il va établir cette barrière que la nature n'a pas eu la prévoyance de constituer, puisqu'il n'y a pas trace d'adhérence.

Pour cela, on isole aussi complètement que possible à l'aide de compresses et de petits champs opératoires, la région non encore infectée par le pus ; bien entendu, on laissera en place cette barrière autant qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition d'adhérences suffisamment fortes pour empêcher la propagation de l'infection.

On passe ensuite à la recherche de l'appendice, cause de tout ce mal ; souvent, il se présente immédiatement : l'opérateur l'isole facilement, et le résèque au thermocautère. Quelquefois, sa recherche est plus délicate, lorsqu'il est profondément situé, rétro-cœcal ; quelle doit être dans ce cas la conduite du chirurgien ? Les avis sont partagés : Certains pensent, avec Mickoulitz, qu'il est préférable « de ne pas rechercher fiévreusement l'organe », la rapidité de l'intervention, l'absence de tout traumatisme péritonéal inutile devant être le but principal à poursuivre.

Quoique nous soyons persuadé qu'il faille au cours de l'intervention agir d'une part avec beaucoup de célérité, et d'autre part avec le minimum de traumatisme possible sur le péritoine et l'intestin, nous accordons cependant une telle importance à la résection de l'appendice que, dans tous les cas, nous en conseillons très vivement la recherche la plus minutieuse. Est-il rationnel en effet d'abandonner en pleine cavité abdominale un organe le plus souvent gangrené, et perforé, rempli d'un pus infect, et de matières fécales, et qui continuera à déverser au

niveau de la séreuse des produits éminemment septiques ? Nous ne le pensons pas. Nous insistons donc tout particulièrement sur ce point de technique opératoire, qui, s'il est exactement suivi, augmentera considérablement les chances de guérison.

A ce moment seulement, l'opérateur remplit le quatrième temps de l'intervention, de beaucoup le plus intéressant et aussi le plus délicat, je veux dire le drainage de la cavité abdominale.

Si le désaccord persiste entre les chirurgiens au sujet de l'ablation de l'appendice, il y a unanimité, nous semble-t-il, en ce qui concerne la nécessité du drainage. Tous les opérateurs l'emploient, et tous paraissent d'accord à le déclarer indispensable.

Deux méthodes de drainage sont à la disposition du chirurgien : 1° drainage par les tubes, selon la méthode de Chassaignac et 2° le drainage capillaire suivant la méthode de Mickulitz. Les partisans de la première méthode emploient, soient les tubes de verre, soit des gros tubes de caoutchouc rouge. En France, on préfère ces derniers ; en Angleterre, les tubes de verre sont plus en faveur : Mac Burney ne les utilise néanmoins que pour le drainage du cul-de-sac de Douglas.

Quant au drainage capillaire, il est rarement employé dans toute sa rigueur et suivant la méthode conseillée par Mickulitz ; au sac primitif de Mickulitz bourré de gaze aseptique, on préfère le plus souvent de simples mèches.

Kümmer considère que le drainage capillaire est

plus efficace que le drainage par les tubes : cette opinion est également partagée par Mac Burney et Delbet. En France, on semble assez éclectique, et les deux méthodes sont employées le plus souvent concurremment. M. Jalaguier conseille le drainage à l'aide d'un gros tube de caoutchouc entouré de gaze, qui a l'avantage de protéger l'intestin et d'augmenter la puissance du drainage. Notre maître, M. le Dr Picqué, emploie indifféremment l'une ou l'autre méthode. Toutefois il accorde la préférence au gros drain en caoutchouc, ayant constaté à plusieurs reprises, surtout dans le cas de suppuration pelvienne, la présence de collections, formées par rétention derrière le sac de Mickulitz.

Comment doit-on établir ce drainage ? Pendant bien des années, on se contenta de placer simplement un seul drain au niveau de l'appendice perforé ; un tel drainage était parfaitement insuffisant. Il est absolument indispensable, lorsque la cavité abdominale est remplie de liquide septique, d'établir des drainages multiples et dans des directions différentes : ce drainage soigneux et multiplié est la condition principale du succès opératoire. L'action du drainage, en effet, soit à l'aide des drains, soit à l'aide des mèches de gaze est assez limitée et de courte durée. D'après M. Delbet, quarante-huit heures suffisent pour déterminer l'emprisonnement du drain dans les néo-membranes ; Von Gularoff pense même que le pouvoir plastique du péritoine est assez grand pour qu'en vingt-quatre heures le trajet du

drain forme un canal fermé dans un péritoine sain. Cette activité plastique est sans doute plus grande encore sur un péritoine enflammé ; on comprend donc par ces faits la nécessité d'établir un drainage dans de nombreuses directions, pour permettre l'écoulement de liquides septiques contenus dans l'abdomen.

Voici la technique habituellement suivie par M. le Dr Picqué pour le drainage de la cavité abdominale : il se sert pour cela de mèches ou de drains de fort calibre, au nombre de cinq :

Le premier est introduit par l'incision médiane, et profondément dirigé en haut, à droite et en arrière sous le foie ; il est destiné à drainer la poche péri-hépatique droite (Hadra), limitée en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament falciforme et l'épiploon gastro-hépatique, en bas, par la partie droite du côlon transverse, et un double repli transversal du péritoine étendu de la partie supérieure du côlon ascendant à la paroi abdominale, un peu au-dessous du sommet de la onzième côte ;

Le second drain est dirigé à gauche, sous le bord correspondant du mésentère, et pénètre dans la région splénique ;

Le troisième est introduit directement dans la fosse iliaque droite, et draine plus spécialement la région de l'appendice ;

Le quatrième est dirigé en bas, à gauche et en arrière, et pénètre dans la fosse iliaque gauche ; enfin,

le cinquième drain est profondément introduit dans le cul-de-sac de Douglas.

Ce drainage du cul-de-sac de Douglas est des plus importants, car l'on trouve toujours à ce niveau une grande quantité de pus collecté ; aussi a-t-on proposé d'utiliser chez la femme la voie vaginale et d'introduire un drain à travers le cul-de-sac postérieur perforé.

Quant à la méthode de Jaboulay, qui conseille chez l'homme d'établir le drainage du péritoine à l'aide d'une incision para-sacrée, elle constitue une opération assez compliquée, surajoutée à une intervention déjà trop longue par elle-même, qui expose à l'hémorragie et augmente d'une manière notable la durée totale de l'intervention. Tous ces inconvénients ne semblent pas compensés par les faibles avantages qu'elle procurerait : nous pensons donc, avec M. Morestin, que cette méthode de traitement n'est pas à conseiller.

Les drains doivent être changés au bout de 24 heures ; à ce moment un canal plastique commence à se former autour d'eux, qui favorisera leur remise en place. Après les avoir plongés dans une solution de sublimé, on les replace, ou bien on les remplace par des drains de moindre volume.

Une fois le drainage établi, l'opération est terminée ; il faut bien se garder en effet de placer des sutures, qui comprimeraient les drains, et favoriseraient la rétention. Quelquefois néanmoins, surtout chez les sujets obèses, lorsque les anses

intestinales ont tendance à faire issue au dehors, on est autorisé à rétrécir, mais toujours très légèrement, les incisions par quelques crins placés aux angles de la plaie.

On appliquera ensuite un pansement sec, avec de la gaze stérilisée, que l'on maintiendra solidement serré par un bandage de corps.

Bien entendu, on continuera, à ce moment plus que jamais, à soutenir le malade par les injections de sérum, de caféine et d'huile camphrée : la diète doit rester absolue, sauf de temps en temps une cuillerée à café de champagne et d'eau de Vichy, jusqu'à ce que l'on ait eu des gaz. A ce moment on peut commencer à donner un peu de lait, mais l'alimentation ne devra être reprise, et encore avec précaution, qu'après l'obtention d'une selle. Souvent on est forcé pour obtenir ce résultat de faire prendre un purgatif (huile de ricin de préférence) et le moment de son administration est des plus variables.

Il faut pour l'oser être sûr que la péritonite a rétrocédé. Cette débâcle est le signe de la guérison, le reste n'est plus qu'un ensemble de précautions hygiéniques et alimentaires.

C'est avec intention que jusqu'ici nous avons négligé de parler du lavage du péritoine et de la désinfection de la cavité péritonéale, et si nous nous décidons à en causer maintenant, c'est pour en faire justice et démontrer l'inopportunité de ces deux points de technique opératoire.

Nous n'avons pas ici à reprendre l'histoire du

lavage ; contentons-nous simplement d'examiner les maigres avantages qu'on a voulu lui reconnaître : nous les mettrons en présence des défauts qu'on lui a reprochés.

Entré dans la pratique chirurgicale vers 1890, bien étudié alors par M. Delbet, le lavage fut tout d'abord accueilli avec enthousiasme ; on n'attendait alors de lui que des effets mécaniques ; on l'employait pour évacuer par la méthode de déplacement la plus grande partie des liquides virulents ; mais bientôt on voulut l'utiliser pour obtenir l'antisepsie péritonéale ; et alors, au lieu de venir en aide par destruction des microbes, il intoxique son malade.

M. Delbet démontre en effet la pénétration du liquide antiseptique au niveau de l'épithélium de la muqueuse ; il conseille en conséquence, pour obvier à cet inconvénient, d'employer successivement : 1° un lavage à l'eau salée à 7/1000 pendant dix minutes ; 2° un lavage au sublimé au 1/1000 ; 3° un nouveau lavage à l'eau salée ; cette pratique devait, paraît-il, permettre de réaliser l'antisepsie intestinale sans intoxication.

On comprend facilement le danger de cette manœuvre ; avec des opérations si prolongées, une syncope est toujours imminente ; d'ailleurs, si le procédé de M. Delbet permet d'éviter l'absorption des substances toxiques, empêche-t-il l'épithélium péritonéal, si délicat, d'être attaqué et réduit par le sublimé ? Les antiseptiques, du moment qu'ils lèsent la muqueuse, doivent donc être rejetés. Aussi, le

lavage antiseptique eut-il un succès très éphémère. On en revint donc au lavage purement mécanique. Celui-ci a encore aujourd'hui des partisans. Les liquides employés sont : l'eau bouillie ou stérilisée et le sérum. La solution saline semble présenter sur l'eau bouillie l'avantage d'être plus inoffensive sur l'endothélium ; de plus, comme elle est en grande partie absorbée, le chirurgien fait ainsi une véritable transfusion de sérum artificiel, excellent moyen de combattre le collapsus. Ce faible avantage, s'il existe, compense difficilement les trois principaux défauts qu'on lui a justement reprochés :

1° Le lavage allonge sensiblement la durée de l'opération, et la complique inutilement ;

2° Il détermine par action réflexe des accidents graves ; plusieurs fois, en effet, au cours de l'irrigation péritonéale, on a constaté l'arrêt de la respiration avec large dilatation pupillaire, pouls faible, dicrote, intermittent ;

3° Il risque de généraliser l'infection ; on ne sait pas toujours, en effet, dans quel cas on se trouve en présence d'un processus localisé ou d'une inflammation généralisée, et le lavage, soit par transport de germes à distance, soit par ruptures d'adhérences déjà formées, peut étendre la péritonite à des territoires jusque-là restés sains.

Ces objections, qui attendent encore d'être réfutées, nous autorisent pleinement à considérer le lavage du péritoine comme une manœuvre inutile et dangereuse, et en conséquence à le rejeter de notre technique opératoire (Picqué).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. Picqué et Menet).

Péritonite généralisée consécutive à une gangrène de l'appendice. — Laparatomie d'urgence (40e heure). — Guérison.

Ch..., vingt-trois ans, interne des hôpitaux, présente depuis l'âge de 12 ans de l'entérocolite. Diarrhées par crises survenant à peu près toutes les trois semaines, et durant généralement une huitaine de jours. Amélioration dans les dernières années sous l'influence d'un traitement hydro-minéral.

La maladie actuelle a débuté le dimanche soir 15 février 1903, à 9 heures, par une douleur extrêmement vive, en coup de pistolet, localisée à l'ombilic. Cette douleur l'a surpris chez des amis où il était en visite.

Rentré chez lui, il est pris d'un violent frisson bientôt suivi de vomissements alimentaires très abondants, puis bilieux. Rien dans la journée n'avait fait prévoir ces accidents : il avait joué au tennis, dîné de bon appétit à l'hôpital. Il présentait toutefois un peu de diarrhée depuis deux ou trois jours.

Croyant à une crise d'entérocolite, il se fait transporter d'urgence à Bichat, où il est examiné par ses collègues Devé et Vivier. A son arrivée la température est à 38°5. Les vomissements ont cessé, mais il persiste un état nauséeux. Le ventre est

souple, mais la région épigastrique est douloureuse à la pression. Piqûre de morphine pour calmer la douleur. La nuit est bonne.

Lundi 16 février. — La douleur persiste au niveau de l'épigastre et de la fosse iliaque gauche. La fosse iliaque droite explorée avec le plus grand soin est absolument indolente à la pression. Le ventre est souple partout : ni tension, ni ballonnement. L'état nauséeux persiste en même temps qu'apparaissent les épreintes rectales très douloureuses. La miction est pénible et réveille des coliques. Pas de constipation : il y a eu une selle le matin. Température 38°. On pense à une crise d'entérocolite, et les accidents paraissent si bénins que ses collègues jugent inutile de prévenir un chirurgien.

La journée se passe sans accident, mais le soir, à 7 h. 1/2, frisson brusque et intense. Température 40°. Douleurs rachidiennes très intenses. L'abdomen est tellement souple qu'on se croit en présence de l'invasion d'une maladie générale. Injection sous-cutanée de morphine. La nuit, le malade est réveillé par des douleurs rectales très vives. Un lavement laudanisé est administré, mais il augmente les douleurs et est rejeté immédiatement.

Mardi 17. — La température est retombée à 38°. Le facies est très altéré. Le ventre est souple partout, non ballonné, indolent à l'épigastre et à droite. Douleur très vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. Pouls 130. Epreintes rectales continuelles et très douloureuses. Pas de selles.

M. Picqué, appelé en consultation par son collègue Soupault, voit Ch... pour la première fois à midi. Il diagnostique une péritonite généralisée, diagnostic auquel il range son collègue.

Une consultation a lieu à 5 heures et demie avec MM. Félizet, Jalaguier, Mauclaire et Soupault ; le ventre n'est pas ballonné; il est souple, douloureux seulement à gauche. Le pouls est à 130 ; le facies grippé. Température, 39°5.

Plusieurs avis sont émis. M. Picqué pense vers la nécessité d'une intervention immédiate qui est pratiquée, dès lors, avec le précieux concours de MM. Félizet, Mauclaire, Soupault et Menet, interne. M. Devé administre le chloroforme.

Incision sur la ligne médiane. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de pus mal lié, d'odeur infecte, qui remplit le ventre jusqu'à l'ombilic. Les anses intestinales flottent librement dans le liquide. La cavité pelvienne est explorée : il existe une grosse collection dans le cul-de-sac de Douglas, mais il n'y a ni fausses membranes, ni adhérences de limitation.

Une deuxième incision est pratiquée à droite et permet de découvrir l'appendice dont l'extrémité plonge profondément dans la cavité pelvienne et est entièrement sphacélée et perforée en plusieurs points. Des matières fécales s'écoulent en abondance. Sa coloration noirâtre au début s'est notablement modifiée par son séjour prolongé dans l'alcool. L'appendice est réséqué à sa base. Drainage, avec des tubes et des mèches du cul-de-sac de Douglas et de la fosse iliaque droite.

Troisième incision au niveau de la fosse iliaque gauche, et drainage. Injection de sérum au cours de l'opération. Le malade est reporté dans son lit ; le pouls est très petit. Le sérum est continué ; le pouls se relève peu à peu. Vers deux heures du matin, le pouls s'accélère et devient de nouveau très petit. Tendance aux syncopes. Une injection de caféine semble produire un bon résultat.

Mercredi 18. — Le sérum est continué toute la journée et

toute la nuit. Température au matin 36°5 ; pouls 96. L'état nauséeux diminue ; la langue reste très sèche.

Le facies est très altéré, mais le pouls devient ample et bien frappé. Emission d'une grande quantité d'urine. Traces d'albumine. Le soir, température 37°,5 ; pouls 92. On change les pièces superficielles du pansement. La nuit est meilleure que la précédente. Injection de morphine.

Jeudi 19. — Température matin 37° ; pouls 90. L'état général est satisfaisant jusqu'à midi ; à partir de ce moment apparaissent des vomissements composés de liquide noirâtre en faible quantité. Il se reproduisent quatre à cinq fois. Puis, tous les quarts d'heure se produit un hoquet très douloureux et bruyant.

Le facies qui s'était un peu amélioré se grippe davantage. Les yeux s'excavent, le teint jaunit. Le pouls reste cependant assez bon. Le sérum est continué. Nuit très agitée. Hoquet persistant. Le malade est découragé : cette impression est partagée par son entourage.

Vendredi 20. — Température 38°. Un peu de douleur à droite, vomissement le matin. M. Picqué change les drains et fait un lavage prudent des plaies. Il s'écoule un liquide odorant. Le hoquet est moins fréquent dans la journée. Le pouls est bien frappé.

Samedi 21. — Température 38°. Etat stationnaire.

Mardi 24. — Température 38°,5. Devant l'élévation de la température, M. Picqué suppose qu'il existe derrière le cœcum une collection insuffisamment drainée, et se dispose à intervenir de nouveau. Le malade a d'ailleurs passé une mauvaise nuit, et il est incontestable que la situation s'est aggravée.

En soulevant le pansement, M. Picqué constate que le cœcum s'est éviscéré. Le bromure d'éthyle est administré. Le cœcum

est prudemment soulevé et amené au dehors : cette manœuvre donne de suite issue à un foyer purulent assez abondant, situé comme il l'avait supposé, en arrière du cœcum. Drainage de la cavité. Réintégration du cœcum et suture de la plaie à l'aide d'un double plan musculaire et cutané. Le soir la température est à 37°2. L'état général s'améliore rapidement. Les plaies se sont progressivement fermées. Au bout d'un mois, Ch... était complètement guéri.

Etat actuel après deux ans. — Les cicatrices sont très solides ; aucune tendance à l'éventration ; l'état général est excellent, et Charlot peut faire son service dans les conditions les plus normales de santé. Tous les accidents d'entérocolite dont il souffrait périodiquement depuis plus de dix ans ont complètement disparu.

OBSERVATION II

(Opérateurs, MM. Picqué et Morel).

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Madame X..., 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Les affections que la malade a pu avoir dans son enfance n'ont pas été recherchées.

Deux enfants : 9 ans, et 3 ans, bien portants.

Deux fausses-couches, deux à trois mois après le premier enfant, l'autre à six mois après le second.

Il y a cinq ans, la malade a eu une crise douloureuse intestinale extrêmement violente. Aucun médecin n'a été appelé : le lit a été gardé, et depuis cette époque il n'y a pas eu de crise semblable. Vers la fin de l'année 1903, pendant les quinze derniers jours en particulier, sensation de fatigue, mais aucune douleur abdominale bien nette.

L'affection actuelle remonte au 10 janvier ; la malade a eu un vomissement et souffre du ventre. La malade est examinée le lundi 11 janvier 1904, à 10 heures du soir, par M. le Dr Picqué, appelé en consultation par M. le Dr André.

Examen. — Facies grippé. Ventre souple, non ballonné, un peu douloureux. Douleur très nette au niveau de la fosse iliaque gauche et au niveau de la région sus-pubienne ;

Température 37°8, pouls 110 ; langue sèche ; M. le Dr Picqué diagnostique une péritonite généralisée de cause appendiculaire en se basant surtout sur le siège de la douleur et la dissociation du pouls et de la température.

Opération. — Incision de Roux. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré ; incision du péritoine ; les anses intestinales sont couvertes de pus qui vient spontanément dans la plaie à chaque respiration de la malade. C'est davantage de la sérosité purulente et très fétide que du pus bien lié. Les anses intestinales sont extrêmement rouges, recouvertes d'agglutinats épais, mais il n'existe pas de fausses-membranes à dissocier pour arriver sur l'appendice. Celui-ci est facilement accessible sans recourir à la moindre manœuvre dangereuse.

Il est situé antérieurement tout contre la paroi abdominale; il est assez volumineux, turgescent, et au moment où on l'isole dans des champs, on voit une perforation de la largeur d'un grain de chènevis, à un centimètre de l'implantation de l'appen-

dice sur le cœcum. Deux soies sont placées à la racine du méso, l'une liant le méso, l'autre l'appendice au ras du cœcum, la section de l'appendice passant à quelques millimètres de la perforation. Au moment où l'appendice va être lié, deux calculs gros comme deux grains de maïs, sortent spontanément par la perforation. Le cœcum dont la paroi ne semble pas normale est fixé à la peau. Des compresses sont mises au-dessous, de façon à l'isoler de la cavité péritonéale : un drain est fixé dans le Douglas ; une mèche remonte dans la direction du foie ; pas de sutures.

Deuxième incision médiane car la pression, sur la ligne médiane, ramène du pus dans la plaie latérale droite (les instruments ont été au préalable désinfectés et les mains de nouveau lavées au savon et au sublimé).

Le péritoine semble à peu près normal, cependant un peu plus vascularisé que de coutume. Il n'y a pas de liquide en abondance comme du côté droit : cependant les anses intestinales sont nettement séparées par de la sérosité purulente : une mèche et un drain sont laissés au milieu de l'incision.

Mardi 12. — Les douleurs abdominales ont presque totalement disparu ; les éructations nauséeuses de la veille sont remplacées par des éructations ordinaires, sans état nauséeux. Pas de douleur au niveau de la région épigastrique ; pas de vomissement ; la malade urine seule. Pouls à 116. Température 38° 4. Le facies péritonéal a complètement disparu ; la première partie de la nuit est assez agitée. Traitement des 24 heures : 2 litres de sérum, 4 centigr. d'huile camphrée.

Mercredi 13. — A 6 heures du matin, la malade se sent mal à son aise, sans accuser de douleur spéciale en aucun endroit ; le pouls devient irrégulier, précipité, bat à 140. Une injection

de 1 cc. de caféïne est administrée et tout rentre dans l'ordre une heure après. La malade a rendu des gaz. Pas de nausées, ni vomissements. Dans le courant de l'après-midi, quelques petits frissons ; la malade prend toutes les heures une cuillerée à café de champagne coupé d'eau. L'abattement est bien moins accusé que la veille, toutefois apparition d'un vomissement glaireux suivi d'un bien-être réel. Le pouls est plus régulier ; les urines sont claires, assez abondantes, ne contenant pas d'albumine. Nuit assez calme : la malade dort un peu. Traitement des 24 heures : 1 litre de sérum, 2 cc. d'huile camphrée.

Jeudi 14. — *Premier pansement.* — Les compresses sont assez fortement imbibées de sérosité purulente fétide ; on ne déplace ni les mèches ni les drains ; un abattement assez marqué suit le pansement. Emission de nombreux gaz ; la malade accuse quelques douleurs dans le petit bassin, annonçant l'apparition des règles avancées de quelques jours.

Nuit excellente ; selle spontanée et normale pendant la nuit.

Vendredi 15. — La malade n'est pas encore alimentée ; matinée calme ; les éructations ont complètement disparu ; état général excellent ; les mèches du pansement sont un peu retirées et coupées au ras de la peau.

Samedi 16. — Rien de particulier ; l'état général semble s'améliorer.

Dimanche 17. — Nuit mauvaise ; ébauche de syncope pendant la nuit. Le pansement montre à l'angle supérieur de la plaie iliaque une collection de moyenne abondance qui est évacuée et drainée, lavage à l'eau oxygénée. Après-midi calme, même légère prostration. Sérum, 1 litre, huile camphrée 1 cc., caféïne 1 cc.

Lundi 18. — Légère sensibilité abdominale ; un peu de bal-

lonnement; apparition de la diarrhée; le pouls est toujours très rapide, à 120, mais assez plein et régulier.

Mardi 19. — La plaie médiane suppure toujours beaucoup répandant une odeur assez fétide; le pus vient surtout de la fosse iliaque droite.

En outre la malade accuse des douleurs lombaires et au niveau du pôle inférieur du rein droit; on ne sent d'ailleurs aucune tuméfaction ni empâtement.

La diarrhée persiste toujours. Le pansement est de plus en plus mouillé; la suppuration déborde des deux drains situés dans la plaie médiane; le ventre est un peu ballonné, mais reste dépressible et indolore; la plaie latérale va bien.

Mercredi 20. — Le Dr Picqué visite la malade qui a d'ailleurs passé une nuit excellente, la meilleure depuis l'opération.

Pouls 108. Température 38°4. Le pansement est encore très souillé de pus: la plaie latérale ne donne presque plus rien; le drain est raccourci. La douleur lombaire droite existe toujours, et le Dr Picqué pense à une collection formée de ce côté. En outre le toucher vaginal lui montre que le cul-de-sac postérieur est tendu et très douloureux; dès ce moment il songe à une colpotomie possible, si la collection ne rétrocède pas.

Du 20 janvier au 4 février, l'état général est à peu près stationnaire. La température oscille entre 38 et 38°8; le pouls entre 96 et 116. La collection constatée dans le cul-de-sac postérieur semble rétrocéder, la saillie étant moins accusée et la douleur à la pression ayant presque totalement disparu. En présence de cet état stationnaire, le Dr Picqué fait administrer un peu de chloroforme pour explorer les trajets. L'exploration de la plaie droite ne donne aucun résultat; on agrandit la plaie médiane jusqu'à la symphise pubienne; on détermine alors

l'ouverture d'un foyer assez considérable, siégeant au niveau du trou obturateur gauche et ayant déterminé la veille un certain degré de névralgie obturatrice. L'exploration du cul-de-sac postérieur ne démontre pas la nécessité d'une colpotomie.

Le 3 février. — Une quantité énorme de pus se déverse par la plaie médiane; la plaie latérale droite est en excellante voie de guérison.

Du 3 au 7 février, état stationnaire. M. le Dr Picqué décide que dans ces conditions une colpotomie doit être tentée. La malade est endormie pour la troisième fois ; la colpotomie donne alors issue à un verre de pus extrêmement fétide, bien lié : une mèche est laissée dans l'orifice.

Quant aux plaies cutanées elles ne donnent presque plus rien. Le pansement est renouvelé. Dès ce moment, la température et le pouls vont s'abaisser régulièrement. L'état général est assez faible, la malade ayant vomi pendant trois jours après le chloroforme. Le drainage du cul-de-sac postérieur s'effectue dans d'excellentes conditions.

Le 10 février. — On reconnaît, en faisant le pansement, l'odeur de matières fécales ; on constate la présence d'une petite fistule stercorale donnant issue à un peu de liquide ; d'ailleurs les selles sont spontanées, normales, régulières et bien moulées.

Le 14 février. — L'état général est très amélioré : la fistule stercorale est obturée ; les plaies cutanées ne donnent presque plus; quant au drainage vaginal, il continue à se faire régulièrement après une petite dilatation du trajet.

L'amélioration se fait dès lors très rapidement et la guérison ne tarde pas à se produire.

OBSERVATION III

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateurs : MM. Picqué et Morel.

Mlle Alice S... Antécédents nuls. M. Picqué voit la malade le 16 février à 8 heures du soir. La température est à 37°, le pouls à 80, la respiration à 62. Ventre assez ballonné, douloureux dans l'ensemble, mais plus spécialement au niveau de la fosse iliaque droite et à l'épigastre ; le faciès est pâle et anxieux. Le transport à l'hôpital est décidé d'urgence : durant le trajet, la malade a eu un vomissement.

A 9 h. M. Picqué intervient. Incision de la fosse iliaque droite ; à l'ouverture du péritoine, on voit le pus sourdre par la boutonnière ; ce pus est grisâtre, mal lié, ne contient pas de grumeaux il n'a pas d'odeur, on agrandit alors la boutonnière péritonéale : l'épiploon se présente ; il n'est pas adhérent. Le cœcum sous-jacent est attiré hors du ventre et on recherche l'appendice. On le trouve assez facilement ; il est rétro-cœcal, accolé au cœcum, rouge, en érection, dur, mais ni gangrené, ni perforé ; pas de sphacèle du cœcum. La résection de l'appendice se fait assez facilement ; cautérisation du moignon au thermo-cautère ; pas d'enfouissement. On explore l'annexe droite qui est saine. Dans le cul-de-sac de Douglas on découvre une collection de moyenne abondance. Evacuation de ce gros abcès.

L'exploration discrète du reste du ventre montre qu'il n'y a pas de pus dans le reste de la cavité péritonéale qui n'est pas cloisonnée. En conséquence, on isole la région non encore souillée par le pus avec une barrière de compresses, en haut et

dedans, de façon à séparer le cœcum du reste de la cavité abdominale. Puis l'on draine avec des mèches et des drains, le cul-de-sac de Douglas et la région rétro-cœcale.

Pas de suture. 1.500 gr. de sérum. Caféine. Nuit du 16 au 17 : pas de vomissements mais envie de vomir ; pas de sommeil, mais nuit calme.

17 février. — Au matin le ventre est encore douloureux, la douleur à l'épigastre persiste toujours.

Temp. 37°; pouls à 96. Respiration 44. Langue toujours sèche, mais l'état général est sensiblement meilleur. Pendant les jours qui suivent, on continue le sérum.

Le 19 février. — Premier pansement, drainage satisfaisant, les compresses sont abondamment souillées par le pus.

Les jours suivants, la douleur diminue sensiblement, les nausées disparaissent ; l'état général s'est sensiblement amélioré ; au 12e jour, après l'opération, la malade est de nouveau endormie : M. le Dr Picqué retire les compresses qui isolaient le cœcum et referme la paroi. La malade sort complètement guérie vingt jours après.

La malade visitée huit mois après n'a pas trace d'éventration.

OBSERVATION IV

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison

Opérateur : M. Liné.

P..., Victorine, 21 ans.

Antécédents héréditaires : père bien portant; mère morte bacillaire ; cinq frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : rougeole à 6 ans ; réglée à 14 ans, très irrégulièrement ; chloro-anémie à 16 ans avec suspension de règles pendant un an ; a toujours souffert du ventre depuis qu'elle est réglée.

Première crise appendiculaire en août 1904 ; on constate une douleur au niveau de la fosse iliaque droite et des vomissements ; le traitement médical est ordonné.

La deuxième crise débute brusquement le 4 novembre 1904 par une douleur à droite et un vomissement.

A ce moment, elle est enceinte de 4 mois ; le pouls est à 120°, la température à 38o5. Le facies est nettement péritonéal ; la malade a ressenti plusieurs frissons ; ventre très douloureux dans toute son étendue et ballonné.

M. Liné, interne de service, pratique l'opération d'urgence.

Incision de Roux : à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de pus très liquide ; ce pus remplit toute la fosse iliaque droite ; les anses intestinales fortement congestionnées sont souillées ; après avoir protégé par des compresses le petit bassin et la région hépatique, on va à la recherche de l'appendice, qui est gangréné et perforé ; il est réséqué à sa base ; drainage du cul-de-sac de Douglas et de la fosse iliaque droite par deux gros drains. On pratique ensuite une contre-incision latérale au niveau de la fosse iliaque gauche ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un abondant flot de pus. Deux drains sont placés dans la cavité.

Suites. — Au 10e jour on constate des signes d'occlusion par péritonisme, on ouvre de nouveau la cavité péritonéale, puis on replace les drains ; ces signes s'atténuent et l'état général s'améliore rapidement. Le 23 décembre la malade a fait sa fausse couche. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION V

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. — Laparotomie d'urgence. — Guérison.

Opérateur : M. Chapeyron.

Ch... Célina, 47 ans, entre le 29 mars 1903 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — A toujours souffert du ventre depuis l'âge de 14 ans, a déjà été soignée pour tumeur annexielle.

Le 28 courant, dans la nuit, la malade est prise subitement d'une violente douleur généralisée à tout l'abdomen, mais surtout vive à gauche. Vomissements porracés. Elle est transportée d'urgence à l'hôpital.

Examen clinique : Ventre ballonné, très douloureux à la pression, défense musculaire manifeste. Par le toucher, on sent une tumeur située dans le cul-de-sac latéral gauche et faisant en outre saillie dans le cul-de-sac postérieur. Le pouls est à 120, la température à 39°2. La laparotomie est pratiquée d'urgence, après avis favorable de M. le Dr Picqué, par M. Chapeyron, interne du service, assisté de M. Moisson, externe.

Incision médiane sous-ombilicale descendant jusqu'au niveau du pubis ; à l'ouverture du péritoine, un abondant flot de pus s'échappe provenant de la fosse iliaque gauche ; les anses intestinales, à ce niveau, baignent librement dans le pus ; on isole avec des petits champs la masse intestinale droite, qui ne semble pas encore souillée par le pus, quoique déjà les anses soient fortement vascularisées : la protection étant soigneusement

effectuée, M. Chapeyron va à la recherche de l'utérus prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, et découvre, accolé à lui, une poche de la grosseur d'une orange et encore à moitié remplie de pus ; cette poche est intimement adhérente à l'utérus et aux anses intestinales. Les adhérences sont rompues ; la poche décollée est attirée à l'extérieur : elle est constituée par deux tumeurs dont l'une kystique développée aux dépens de l'ovaire, et l'autre aux dépens de la trompe, très distendue par le pus.

Ablation des annexes gauches ; gros pédicule ; on examine les annexes droits, adhérents et manifestement malades ; toutefois, pour ne pas compliquer l'opération, l'opérateur, remplissant seulement l'indication d'urgence, laisse ces annexes en place. Large drainage du cul-de-sac de Douglas et de la fosse iliaque gauche à l'aide de deux drains et d'un Mikulicz ; on rétrécit l'ouverture de la plaie par des crins doubles, la malade étant très fortement obèse, et en vue d'éviter une éventration. Sérum 2 litres.

Dès le lendemain, la malade se trouve considérablement soulagée ; le pouls est à 110° la température à 38°2. Quarante-huit heures après, on fait le premier pansement ; une abondante quantité de pus souille les compresses ; le drainage semble suffisant ; par le toucher, on constate que la tumeur qui bombait dans le cul-de-sac postérieur a disparu. L'état général s'améliore rapidement ; trois semaines après, la malade complètement guérie sort de l'hôpital. Elle ressent toutefois de vives douleurs au niveau de la fosse iliaque droite ; elle rentre de nouveau salle Chassaignac, y subit une nouvelle laparotomie pour ablation des annexes droits, et guérit parfaitement.

La malade a été revue huit mois après : elle jouit d'une excellente santé ; pas trace d'éventration.

OBSERVATION VI

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.— Laparotomie. Guérison.

Opérateur : M. Grégoire.

A... Marie, 28 ans, entre le 28 septembre à Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents. — Souffre du ventre depuis huit ans, surtout à gauche ; l'année dernière, curettage pour pertes abondantes ; les douleurs ne cessent pas et s'irradient vers les reins et les jambes. Brusquement, vers la fin de septembre, elle ressent de vives douleurs dans tout le ventre, semblables à des coliques.

État clinique : Pouls 120. Température 38o9. Ventre très douloureux dans toute son étendue, légèrement ballonné ; les vomissements bilieux, puis porracés sont très abondants ; le facies est grippé ; la respiration très dyspnéique.

Opération le 28 septembre par MM. Grégoire et Morel.

Incision médiane sus-pubienne ; le petit bassin et le reste de la cavité abdominale sont pleins de pus ; les anses intestinales rouges et très distendues baignent librement dans la sérosité purulente ; à gauche, on constate la présence d'une poche, formée aux dépens des annexes, et encore à moitié pleine de pus.

Ablation de cette annexe ; à droite, rien de suspect. On laisse l'utérus en place.

Cinq drains sont placés dans l'ordre suivant :

Un dans le Douglas, un dans la fosse iliaque droite, un dans la fosse iliaque gauche, un à droite, remontant sous le foie

un à gauche se dirigeant vers la région splénique. Pas de sutures.

Suites : Le 12 octobre, la malade entièrement guérie sort de l'hôpital.

OBSERVATION VII

Péritonite généralisée vraisemblablement d'origine appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

Opérateur : M. Grégoire.

A... Marie, 42 ans, entrée le 8 août 1903, salle Chassaignac. Pas d'antécédents. A son arrivée, le pouls bat à 150 et la température est à 40°2.

Facies péritonéal très accentué; extrémités froides; ventre très souple, nullement douloureux; pas le moindre ballonnement; un point sensible au niveau de la vésicule biliaire. Malade sans passé gastrique, hépatique, appendiculaire ou génital.

Opérée dès son entrée à l'hôpital à 4 heures du soir. Incision latérale droite pour rechercher la vésicule; issue d'une énorme quantité de pus vert, mal lié, sans odeur; la vésicule est intacte; l'incision prolongée en bas permet d'explorer l'intestin, l'estomac, les annexes, qui sont sains; l'appendice est très volumineux, congestionné, tuméfié, violacé; pourtant il n'est pas gangrené; il baigne dans le pus; pas de fausses-membranes. Drainage et sérum. Mort le lendemain.

Examen du pus : Streptocoques purs.

OBSERVATION VIII

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire.
— Laparotomie. — Mort.

Opérateur : M. le Dr Mauclaire.

C... Maurice, 37 ans, entré le 15 janvier 1903 salle Jarjavay. Le malade a souffert d'une crise appendiculaire assez violente le mois précédent. Traitement médical. L'état général allant en s'aggravant on le passe en chirurgie. Le pouls est à 128, la fièvre à 39o. Le facies est nettement péritonéal. Le malade a eu un vomissement bilieux la veille, auquel a succédé un état nauséeux. Ventre très douloureux à la palpation, nullement ballonné.

Opéré le 17 janvier : On trouve une collection purulente sous-hépatique, qui semble être une péritonite localisée ; le foie n'est pas tuméfié. On prolonge l'incision en bas : les anses intestinales baignent dans un pus très fétide. Drainage par deux drains.

Contre-incision à droite, dans la fosse iliaque ; on va à la recherche de l'appendice qui baigne librement dans le pus : l'appendice est turgescent, mais non perforé ; on le retire ; en l'examinant de plus près, on trouve dans sa cavité un liquide muco-purulent. Drainage de la fosse iliaque et du cul-de-sac de Douglas. Sérum.

Mort huit heures après.

OBSERVATION IX

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Laparotomie. — Mort au seizième jour.

Opérateur : M. Tixier, interne du service.

H... Marie, 39 ans. Entrée le 10 septembre 1903, salle Chassaignac. La malade souffre violemment du côté droit depuis une huitaine de jours; vomissement la veille de son entrée à l'hôpital; à ce moment, la température est à 39° et le pouls à 116. Le facies est nettement péritonéal, la langue absolument sèche, le ventre légèrement ballonné est douloureux à la palpation dans toute son étendue. Le toucher ne démontre pas la présence d'un pyosalpinx ou d'une collection pelvienne.

Opération le lendemain 11 septembre 1903. — Laparotomie sous-ombilicale; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide louche, non fétide (200 grammes environ); exploration du petit bassin, les annexes sont saines; deux drains sont placés dans le cul-de-sac de Douglas.

Contre-incision au niveau de la fosse iliaque droite; on va à la recherche de l'appendice qui est très long, descendant jusque dans le petit bassin, très adhérent à la paroi cœcale; il existe une perforation au niveau du sommet de l'appendice. Résection et enfouissement; deux gros drains sont placés avec une mèche les séparant.

Troisième incision au niveau de la fosse iliaque gauche : à l'ouverture du péritoine on constate encore la présence de cette même sérosité louche; drainage par deux drains.

Dès le lendemain de l'opération et pendant une dizaine de jours, l'état de la malade va en s'améliorant : vers le onzième jour, le ventre se ballonne; le tympanisme s'accentue de plus en plus : pourtant la malade a des garde-robes régulières. Au seizième jour, l'état s'aggrave subitement de plus en plus ; 39°5 et 140 au pouls ; vomissement fécaloïde et dyspnée. On endort la malade et l'on examine le trajet des drains : on ne découvre aucune collection. La malade meurt dans la nuit. Pas d'autopsie.

OBSERVATION X

Péritonite générale appendiculaire. — Guérison.

Opérateur : M. Grégoire.

D... Jeanne, 18 ans. Réglée à 13 ans. Pas d'antécédents morbides.

Le 5 septembre 1904, souffre pour la première fois d'une douleur abdominale violente et soudaine, nettement localisée au point de Mac-Burney.

La constipation est opiniâtre ; les vomissements apparaissent le 7 au soir. Le 10 les vomissements ont cessé, mais la malade souffre énormément ; le ventre est ballonné, le médecin pensant à une péritonite dirige la malade à Bichat, où elle est admise d'urgence salle Chassaignac.

Etat clinique : Le pouls est à 130, la température à 38°2 ; la douleur, s'est diffusée à gauche, pourtant encore assez vive à droite ; le facies est grippé ; le ventre est très ballonné. Vomissements abondants porracés.

Opération. — Par MM. Grégoire et Liné.

Incision de Jalaguier ; le pus jaillit dès l'ouverture du péri-

toine ; le pus remplit l'abomen ; toutes les anses intestinales baignent abondamment dans le pus ; pas trace d'adhérences. L'appendice est gangrené à sa base ; il est court et très tuméfié, de coloration rouge vineuse ; il est rétro-cœcal et très difficile à enlever ; malgré tout, on l'amène dans la plaie et M. Grégoire en pratique la résection. Large drainage à l'aide de cinq drains placés aux lieux d'élection ; la plaie est largement laissée ouverte. Sérum et caféine.

Suites normales et guérison.

OBSERVATION XI

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Mort.

Opérateur : M. Grégoire.

B... Joséphine, 41 ans. Depuis trois jours, cette femme souffre affreusement du ventre ; elle a été prise dans la nuit du 24 octobre 1904 d'une vive douleur en coup de poignard dans le flanc droit ; cette douleur s'est vite irradiée dans tout l'abdomen ; en même temps apparaît un vomissement bilieux, bientôt arrêté.

La malade visitée le 26 souffre toujours beaucoup du ventre qui est tendu, dur et contracturé ; le 30, les douleurs diminuent, la palpation du ventre est de moins en moins douloureuse ; pourtant les vomissements réapparaissent, porracés : la fièvre est de 40° et le pouls à 135. On l'opère à ce moment.

Incision de Jalaguier : l'abdomen est plein de pus ; libre dans la cavité ; l'appendice, gangrené à sa base, est perforé ; le pus est évacué ; on pratique un large drainage à l'aide des cinq drains.

Malheureusement, la toxémie est trop avancée ; la malade opérée *in extremis* meurt dans la journée, quatre heures après l'intervention.

Opérateurs : MM. Grégoire et Morlet.

OBSERVATION XII

Péritonite généralisée appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

Opérateur: M. Morel, interne du service.

L... Emile, 16 ans, entré le 23 septembre 1903, salle Jarjavay. Ce malade a été pris brusquement, il y a deux jours, d'une violente douleur en coup de pistolet généralisée d'emblée à tout le ventre ; vomissement. Constipation absolue ; à son entrée à l'hôpital, 140 au pouls, 38° de fièvre. Langue sèche, rôtie ; le facies est anxieux ; le ventre très dur et extrêmement douloureux, ballonné ; les vomissements qui s'étaient arrêtés, ont réapparu.

Opération d'urgence le 23 à 8 heures du soir. — Laparotomie sous-ombilicale : on tombe sur des adhérences très serrées, qui ne permettent pas d'explorer l'abdomen ; suture de cette incision.

Contre-incision à droite au niveau de la fosse iliaque ; on tombe sur un foyer suppuré qui vient du petit bassin et qui est évacué : (un litre de pus très fétide). Recherche très laborieuse de l'appendice, profondément situé, et recouvert d'adhérences ; il est tuméfié, et gangréné près de son insertion ; il est très volumineux ; on en pratique la résection.

Drainage par cinq tubes. Sérum.

Mort dans la nuit.

OBSERVATION XIII

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

Opérateur : M. Morel, interne du service.

M... Albert, entré le 15 septembre 1903, salle Jarjavay.

Antécédents. — Ce malade a souffert antérieurement de trois crises appendiculaires, la dernière remontant au mois de mai 1903 : le 9 septembre, il a été pris brusquement d'une douleur en coup de poignard, de nausées et de vomissements.

La température d'abord élevée à 39° baisse rapidement : elle est à 36°4 à son entrée dans le service, le pouls à 140, petit, filiforme. Langue sèche, facies péritonéal.

Opération d'urgence. Incision de Roux : un flot de pus assez fétide s'échappe à l'ouverture du péritoine ; recherche de l'appendice, qui se trouve au fond de la plaie, mais il est très adhérent et malgré tous ses efforts, l'opérateur ne peut en pratiquer la résection.

Contre-incisions médiane et latérale gauche : la péritonite est généralisée à tout l'abdomen : pus partout et peu ou pas d'adhérences. Drainage par cinq drains, pas de sutures. Sérum, huile camphrée.

Le lendemain, la température remonte à 38°, le pouls baisse à 120 ; l'amélioration est sensible : le premier pansement est fait au troisième jour ; la température reste élevée aux environs de 39° ; on va à la recherche d'une collection possible : on enlève les drains : on évacue une énorme collection, située dans le petit bassin ; les drains sont remis en place. L'état s'aggrave quand même ; mort au cinquième jour.

OBSERVATION XIV

Péritonite généralisée d'origine inconnue. — Guérison.

Opérateurs : MM. Picqué, Grégoire.

S... Elisa, 18 ans.

Antécédents. — Rougeole à 7 ans, abcès froid à l'union du sternum et des cartilages costaux gauches, pied-bot congénital à droite ; cicatrice au niveau de la région malléolaire interne droite, due, selon la malade à la compression d'un appareil de marche. Apparence bacillaire. Réglée à 16 ans, pas de fausse-couche ; première grossesse bien supportée, mais accouchement prématuré, à 8 mois, d'un enfant n'ayant vécu que 3 jours.

Cette malade est amenée d'urgence dans la nuit du 22 janvier 1903 à Bichat : elle est en pleine péritonite ; on appelle le chirurgien de garde qui, en raison de l'état trop avancé de la maladie, refuse d'intervenir. La malade est examinée à la visite du lendemain matin par M. Picqué qui décide, malgré tout, l'intervention immédiate.

Le ventre est très ballonné, peu douloureux ; le facies nettement péritonéal ; apparition d'un vomissement fécaloïde ; pouls misérable, incomptable : température 39°2.

Laparotomie sous-ombilicale et médiane : la cavité abdominale est remplie de pus ; on examine successivement l'utérus, les annexes, qui paraissent sains ; contre-incision à droite : recherche de l'appendice, qui ne présente aucune lésion. L'estomac n'est pas examiné, car l'on craint d'infecter la partie sus-ombilicale du péritoine.

Large drainage par mèches et drains. Pas de sutures. Guérison.

OBSERVATION XV

Péritonite généralisée due à la rupture d'un pyosalpinx. — Guérison.

Opérateurs : MM. Les Dr Picqué, et Grégoire.

A... Eugénie, 21 ans. Cette malade entrée depuis longtemps dans le service pour pertes et douleurs abdominales est opérée le 22 février 1903. On pratique un curettage Schrœder. Guérison opératoire. Les douleurs continuent ; M. Picqué l'examine sous anesthésique le 22 février et constate la présence d'un pyosalpinx gauche. La malade est mise en série pour être opérée au plus tôt. Subitement, dans la nuit du 23 février, elle est prise, vers 9 heures du soir de vomissements verdâtres et d'une sourde douleur généralisée à tout l'abdomen. L'interne de garde ordonne l'application de glace et une injection de morphine. Le lendemain matin, à la visite, M. Picqué, en présence d'un état s'aggravant de plus en plus, pense à une péritonite généralisée due à la rupture du pyosalpinx, consécutive à l'examen de la veille. A ce moment, la malade éprouve un un violent frisson prolongé ; les vomissements réapparaissent ; le facies est grippé ; le pouls petit, rapide, filant, au delà de 130 ; la température à 39o.

Laparotomie sous-ombilicale : à l'ouverture du péritoine, on trouve une quantité abondante de pus très fétide qui remplit tout le petit bassin ; la cavité péritonéale paraît protégée par l'épiploon largement étalé et adhérent. Devant la localisation des lésions, on néglige de rechercher la poche. Drainage

du Douglas. Le jour suivant la fièvre persistant et le pouls étant toujours aussi rapide, à 116-120, M. Picqué pratique une colpotomie et évacue ainsi une grosse collection, qui faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Sérum, caféine, huile camphrée.

Suites normales et guérison le 2 avril 1903.

OBSERVATION XVI

Péritonite généralisée due à la rupture d'un pyosalpinx dans le le péritoine. — Laparotomie. — Mort.

Opérateur : M. Grégoire.

D... Juliette, 25 ans, entrée le 8 août 1903, salle Chassaignac. La malade est prise brusquement le 6 août d'une vive douleur en coup de poignard au-dessus du pubis ; elle n'a pas cessé de vomir depuis deux jours, n'a pas été à la selle depuis la même époque. A eu du hoquet. Pas d'antécédents gastriques, appendiculaires, ni génitaux ; le toucher ne donne rien. 140 — 38°2.

État clinique : Le facies est grippé, 40 respirations à la minute ; ventre dur, tendu et très douloureux, extrémités cyanosées et froides. Langue très sèche.

Opération d'urgence à midi. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On va à la recherche d'une perforation possible de l'estomac. L'estomac et la vésicule biliaire sont intacts ; on referme la plaie sus-ombilicale. Incision sous-ombilicale : un flot de pus s'échappe ; les anses sont pourtant agglutinées entre elles et recouvertes de fausses membranes ; évacuation de cette suppu-

ration et recherche de son point de départ ; l'appendice est sain ainsi que les annexes gauches ; mais les annexes droites sont tuméfiées, turgescentes, englobées de fausses membranes et baignent dans le pus. Drainage par cinq drains. Pas de suture. La malade meurt le soir même à 9 heures.

OBSERVATION XVII

Péritonite généralisée appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

N... Rose, 30 ans. Entrée le 7 juillet 1903, salle Chassaignac. A eu dans l'année trois crises légères d'appendicite, soignées médicalement. Elle a été prise il y a huit jours d'une crise plus violente, soignée à domicile ; au début un frisson, puis immédiatement apparition de vomissements très abondants, persistants ; le ventre est de plus en plus douloureux, le pouls à 120, la température à 38°9, la malade est dirigée sur l'hôpital.

A l'examen, le ventre n'est pas ballonné ; il est très peu sensible à la palpation, il existe au niveau de la fosse iliaque droite, et surtout au niveau du bord externe du muscle droit, un plastron douloureux, étendu, dur, irrégulier. Pouls à 125. Température 39°. Les vomissements persistent.

Laparotomie d'urgence. — Incision sur le bord externe du muscle droit, incision du péritoine, le cœcum se présente dans la plaie, recousue par l'épiploon ; on l'écarte, apparition d'un flot de pus fétide ; on recherche vainement l'appendice ; drainage de la fosse iliaque. Pas de suture. Sérum.

La malade meurt trois heures après.

OBSERVATION XVIII

Péritonite généralisée appendiculaire. — Laparotomie. — Mort.

Opérateur : M. Menet, interne du service.

C... Henriette, 18 ans, entrée le 20 juin 1903, salle Chassaignac. La malade a été réglée à 11 ans, irrégulièrement ; les règles sont douloureuses et peu abondantes ; elle perd en blanc depuis plusieurs mois; ces pertes tachent le linge en vert, et s'accompagnent de brûlures à la miction.

Il y a quinze jours, la malade ressent une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite ; elle a eu un frisson et d'abondants vomissements. Pouls à 110, fièvre 39°.

A son entrée, le ventre est ballonné ; la palpation de l'abdomen est pénible, douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; il n'existe pas de plastron appréciable ; contracture musculaire généralisée ; hyperesthésie cutanée. Toucher vaginal négatif. Les vomissements se sont arrêtés, mais il persiste un état nauséeux.

Opération le 22 juin. Incision de Roux ; il s'écoule une grande quantité de pus brunâtre extrêmement fétide ; le cœcum se présente immédiatement ; il est recouvert de fausses membranes, ainsi que les anses grêles avoisinantes ; l'appendice se présente presque aussitôt l'incision faite ; il est tuméfié, volumineux, rouge, et présente des plaques étendues de sphacèle ; il est réséqué ; pas d'enfouissement. Drainage. Morte le lendemain.

OBSERVATION XIX

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateurs : MM. Picqué, Grégoire.

M... Mathilde, 22 ans. Le début de la crise appendiculaire actuelle remonte à une quinzaine de jours ; depuis quatre jours l'état général s'est considérablement aggravé. La malade amenée seulement à Bichat est examinée par M. Picqué ; il constate un ventre très douloureux dans toute son étendue, très tendu, si bien qu'il est fort difficile d'explorer les organes sous-jacents ; pas de vomissements mais des nausées ; la température est à 38°, le pouls à 132. Constipation absolue depuis quatre jours.

Intervention immédiate. Incision médiane ; on tombe sur des adhérences épiploïques qui cèdent à une légère traction, et laissent apparaître le pus. La péritonite n'est pas généralisée à toute la cavité ; elle est limitée à la fosse iliaque droite, mais le reste des anses intestinales est très congestionné. Recherche de l'appendicite qui est rétro-cœcal et assez adhérent. Il est ulcéré à 1 centimètre de sa pointe ; on le résèque et le moignon est enfoui. Drainage par deux mèches et un drain.

Sérum 2000 grammes et huile camphrée. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION XX

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateurs : MM. Grégoire et Morel.

L..., a eu au mois de février 1903 une crise d'appendicite caractérisée par une douleur vive, nettement localisée au

niveau de la fosse iliaque droite, et un vomissement. Traitement médical.

Dans la nuit du 5 février 1904, un an jour pour jour depuis sa première crise, il est réveillé brusquement à minuit par une douleur intolérable, en coup de pistolet, et généralisée d'emblée à tout l'abdomen. Le malade a vomi deux fois dans la nuit, le ventre est dur et contracturé. Le pouls est à 70, la température à 36°8. Le malade est amené d'urgence à Bichat, où M. le Dr Picqué qui l'examine porte, malgré l'avis de ses assistants, le diagnostic de péritonite généralisée. M. Grégoire pratique d'urgence la laparotomie.

Incision de Roux : un flot de pus infect jaillit ; ce pus est libre dans la cavité abdominale ; recherche difficile de l'appendice, qui est perforé à sa base ; on le résèque. Contre-incision et évacuation d'une énorme collection remplissant tout le petit bassin.

Drainage par les cinq drains, pas de suture. Sérum. Suites normales et rapide guérison.

OBSERVATION XXI

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateur : M. le Dr Picqué.

Le malade, amené d'urgence à Bichat le 4 février 1903, est immédiatement examiné par M. le Dr Picqué qui, quoique en présence d'une péritonite généralisée vraisemblablement appendiculaire arrivée à la période ultime, tente l'intervention ; le facies est livide, les extrémités légèrement refroidies ; le pouls

est incomptable aux radiales, nettement perceptible toutefois aux fémorales ; vomissements fécaloïdes ; ventre ballonné et presque indolore. Température 37°4.

Incision de Roux. Il s'échappe un flot de sérosité purulente, libre dans la cavité abdominale ; l'appendice gangrené et perforé est reséqué à sa base ; contre-incision médiane, et drainage du cul-de-sac de Douglas ; troisième incision à gauche : large drainage à l'aide de cinq drains ; mèche dans la fosse iliaque droite. On laisse tout ouvert.

Sérum 2000 grammes. Caféine et huile camphrée. Dans la journée, le pouls est redevenu plus fort et assez régulier ; le malade a passé une nuit calme ; on continue le sérum à hautes doses. L'état général s'améliore lentement mais sensiblement. Le malade sort guéri le 28 mars 1903.

OBSERVATION XXII

Péritonite généralisée appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

Opérateur : M. le Dr Mauclaire.

B..., Marie, 37 ans, entrée le 24 mars 1903, salle Chassaignac.

L'affection actuelle a débuté le 19 mars par un violent frisson ; bientôt la malade accuse une douleur assez vive au niveau de la fosse iliaque gauche ; un vomissement alimentaire. 39 à son arrivée à l'hôpital. 120 au pouls. A ce moment le ventre n'est nullement ballonné; il n'est pas très douloureux à la palpation, mais le facies est très altéré, nettement péritonéal ;

on sent en outre un empâtement au niveau de la fosse iliaque droite.

Opérée d'urgence le 24 mars : Une seule incision au niveau de la fosse iliaque droite ; un flot de pus s'échappe à l'ouverture du péritoine ; l'épiploon est plaqué sur le cœcum et recouvert de fausses membranes purulentes ; on recherche en vain l'appendice. Drainage.

La malade meurt le lendemain.

OBSERVATION XXIII

Péritonite généralisée d'origine inconnue. — Mort.

Opérateur, M. Menet, interne du service

B... Louise, 19 ans. Entre le 8 janvier 1903, salle Chassaignac. Il y a quinze jours, elle ressent subitement une vive douleur, d'abord localisée à l'épigastre, mais qui ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen. La malade, malgré tout, ne consulte pas un médecin. Le ventre se ballonne rapidement, défense musculaire très nette et hyperesthésie cutanée intense. Tympanisme abdominal. Le toucher vaginal montre l'existence d'une tuméfaction du cul-de-sac latéral gauche. Les vomissements arrêtés au deuxième jour sont réapparus, bilieux, porracés ; un vomissement fécaloïde. Facies grippé. Pouls rapide à 130, petit, filiforme, irrégulier, température 38°1.

Opération d'urgence : Laparotomie sous-ombilicale : à l'ouverture du péritoine il s'échappe une grande quantité de pus très fétide, les anses intestinales sont rouges, vascularisées, recouvertes de fausses membranes verdâtres. L'appendice est normal, pas de pyosalpinx. On pratique deux contre-incisions latérales, drainage par des mèches, pas de sutures.

La malade meurt dans la nuit. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXIV

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateur : M. Morel, interne du service.

D... Victor, 14 ans. Ce jeune garçon, mécanicien, est envoyé en ambulance avec le diagnostic de péritonite. Sa mère qui l'accompagne, nous dit que le mercredi précédent (nous sommes au dimanche 13 décembre 1903), c'est-à-dire il y a cinq jours, il a été pris brusquement, vers deux heures, de vomissements abondants et qu'il a rendu une quantité abondante de haricots qui avaient constitué la base de son déjeuner. En même temps, l'enfant ressent une assez vive douleur généralisée à tout l'abdomen ; cette douleur étant de plus en plus vive, l'enfant quitte son travail et rentre se coucher. Le surlendemain, 10 décembre, la douleur et les vomissements persistent ; la douleur devient encore plus vive et se localise très nettement au niveau de la fosse iliaque gauche. Cette douleur a crû lentement et n'a pas débuté en coup de poignard ; bientôt elle s'irradie à tout le ventre. Pas de selles ni de gaz depuis trois jours. Cet état persiste jusqu'au 12 décembre sans qu'on consulte un médecin et sans qu'on fasse autre chose que des applications de cataplasmes. C'est seulement dimanche, 13, à 6 heures du soir, que la mère, devant la gravité de la situation, appelle un médecin qui dirige immédiatement l'enfant sur Bichat. Il y arrive à 8 heures du soir.

Examen. — Facies nettement péritonéal ; pouls à 130, petit, misérable ; température 38°3 ; ventre en bois, très dur, nullement ballonné, très douloureux à gauche, sensible partout

ailleurs. Depuis hier soir, le malade a des nausées, mais pas de vomissements. Respiration, 50 à la minute ; langue absolument sèche. L'intervention d'urgence est décidée devant un diagnostic aussi évident de péritonite généralisée.

Incision médiane sous-ombilicale : le péritoine incisé laisse échapper une grande quantité de pus infect et mal lié ; les anses sont couvertes de fausses-membranes et exulcérées par endroit. On va à la recherche de l'appendice qui est situé en dedans du cœcum et accolé à sa paroi ; on le résèque par le procédé habituel.

Drainage du péritoine avec cinq drains, pansement. Sérum, 1000 grammes dans la nuit. Caféine 1 centimètre cube.

Dans les jours qui suivent, la défervescence se produit. Vers le dixième jour, une petite fistule stercorale, due peut-être à la présence d'un drain contre une anse malade ; la fistule se tarit quelques jours plus tard,

Au 30 janvier 1904 le malade est totalement guéri.

OBSERVATION XXV

Péritonite généralisée appendiculaire. — Guérison.

Opérateurs : MM. Grégoire et Tixier.

L..., Georges, 25 ans. Ce malade a déjà souffert de deux crises appendiculaires, la première remontant à six mois, la seconde à quatre mois ; le 3 septembre 1903, il est pris brusquement d'une douleur en coup de pistolet dans la fosse iliaque droite ; la nuit a été très mauvaise : le malade, agité, n'a pas dormi ; la douleur est toujours aussi vive ; le 4 septembre

apparaît un vomissement légèrement bilieux, qui cesse bientôt ; il n'a pas été à la selle depuis 4 jours ; le ventre à ce moment semble moins douloureux ; la température à 37° et le pouls à 75. Mieux sensible. Le 5 septembre au matin, le pouls saute à 100 ; la douleur réapparaît assez vive à droite et autour de l'ombilic ; on note une défense musculaire très nette à droite : pas d'autre symptôme. Malgré cet état peu alarmant, M. Grégoire pense à une péritonite et pratique la laparotomie.

Incision médiane sus-pubienne : à l'ouverture, un flot de pus s'échappe de la cavité abdominale ; les anses intestinales baignent dans la sérosité purulente ; contre-incision à droite et recherche de l'appendice qui est très difficile à trouver, étant rétro-cœcal, très adhérent et très long ; on en pratique cependant la résection ; enfouissement du pédicule et large drainage avec les cinq drains. Le soir la température est à 38° et le pouls à 80. Le lendemain, 37°5 et 75, le surlendemain 37. Suites normales et très rapide guérison.

OBSERVATION XXVI

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Mort.

Opérateur : M. Vivier, interne du service.

D... Marie, 31 ans, entrée le 25 mars 1903, salle Chassaignac. A son arrivée, le ventre est très douloureux dans toute son étendue, le début de l'affection remonte à trois jours ; la malade est prise d'un violent frisson ; en même temps, elle ressent une douleur nettement localisée au niveau de la fosse iliaque droite ; elle a vomi.

En ce moment, le pouls est à 120, la température à 39, le facies nettement péritonéal.

Opérée d'urgence, dès son arrivée à l'hôpital ; laparotomie latérale droite ; on trouve une assez grande quantité de liquide louche dans le péritoine ; on arrive facilement sur l'appendice qui est congestionné, mais non gangréné ; on l'incise.

On pratique ensuite une contre-incision médiane et une troisième incision à gauche. On met un Mickulicz dans le cul-de-sac postérieur ; il existe en effet à ce niveau une quantité considérable de liquide séro-purulent ; drainage par des drains et mèches. Pas de suture. Le soir, la température est à 40°, le pouls à 135. La malade meurt le lendemain.

OBSERVATION XXVII

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Laparotomie d'urgence. — Guérison.

Opérateur : M. Grégoire.

M... Marcel, 17 ans. Entre d'urgence à l'hôpital Bichat, le 2 avril 1905.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Scarlatine à douze ans.

Première crise appendiculaire remonte à une huitaine de jours ; le 25 mars au soir, le malade est pris d'une violente douleur localisée au niveau de la fosse iliaque droite (Déjà la veille il se sentait mal, avait ressenti un violent frisson et souffrait d'un état nauséeux persistant). En même temps, il est pris de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui persistent toute la nuit mais s'arrêtent au matin. Etat général satisfaisant

Un médecin, consulté au huitième jour, porte le diagnostic de colique appendiculaire, Traitement médical.

La douleur s'atténue ; les vomissements n'ont pas reparu. Tout semble aller pour le mieux lorsque, dans la nuit du 2 avril, le malade ressent une violente douleur en coup de poignard, surtout sise à droite, mais néanmoins généralisée à tout l'abdomen ; le ventre se ballonne immédiatement, on diagnostique une péritonite : le malade est dirigé sur Bichat. A son entrée à l'hopital, la température est à 38o5 et le pouls à 13o. Pas de vomissement, mais l'état nauséeux persiste.

Opération d'urgence. — Incision sur le bord externe du muscle droit. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule un flot de pus, libre dans le ventre ; sur les anses intestinales on voit des plaques fibrineuses. On explore le petit bassin : on donne issue à une collection de pus épais et verdâtre.

On se dirige alors vers la face inférieure du foie : on trouve et évacue une autre collection.

Drainage par cinq drains. Sérum, caféine.

Au 10 mai le malade est encore à l'hôpital, mais en excellente voie de guérison.

Statistique

Péritonites généralisées opérées d'urgence pendant les années et 1903 1904 : 27.

Morts	12
Guérisons	15

CONCLUSIONS

I. — La péritonite généralisée d'origine appendiculaire est, quoi qu'on en dise, parfaitement susceptible de guérir.

II. — Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le chirurgien intervient plus tôt : d'où la nécessité de suspendre l'infection au moment même où elle se généralise et d'en formuler le diagnostic précoce.

III. — On y arrivera en étudiant avec beaucoup d'attention les signes que comporte le tableau clinique du « début » de la généralisation de l'infection péritonéale, à savoir :

1° Le frisson ;

2° La douleur — d'abord localisée à droite, — mais bientôt généralisée à tout l'abdomen, principalement au niveau de la fosse iliaque gauche (point de Quénu) ;

3° Le vomissement du début, constant, mais souvent très fugace, alimentaire, puis bilieux, jamais fécaloïde ;

4° La résistance — toujours très vive au début, — de la paroi abdominale à la palpation, s'accompagnant de contracture des muscles droits ;

5° Enfin, l'étude du pouls dans ses variations avec la courbe thermique (dissociation).

IV. — Le traitement, exclusivement chirurgical, consistera :

1° A pratiquer la laparotomie sous-ombilicale, avec contre-incisions au niveau des fosses iliaques ;

2° A isoler, par des champs opératoires aseptiques les anses intestinales non encore souillées par le pus ;

3° A rechercher l'appendice et à le réséquer ;

4° A drainer, à l'aide de mèches et de drains en nombre suffisant, les régions déclives de la cavité abdominale, où le pus tend à se collecter ;

5° A combattre la septicémie et l'adynamie cardiaque par les injections répétées de sérum artificiel, de caféine, et d'huile camphrée.

Vu : le Président de la thèse,
P. BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bauby. — Echo médical. Toulouse, 1902.
Bérard. — Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon, 1900.
— Bulletin médical, 1904.
Berger. — Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1894-1904.
Brun. — Traité des Maladies de l'Enfance.
P. Delbet. — Annales de Gynécologie, 1889.
— Société de Biologie de Paris, 1900.
— Gazette des Hôpitaux, 1900.
Dechambre. — Dictionnaire. Article Péritonite.
Duclaux. — Bull. de la Société anatomique, 1903.
Ferrand. — Bull. de la Soc. scientifique et médicale de l'Ouest, 1893.
Gangolphe. — Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon, 1900,
Gérard-Marchant. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1892.
Guinard. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet.
Goullioud. — Lyon médical, 1891-1895.
Houzé. — Thèse de doctorat. Paris, 1896.
Jaboulay. — Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon, 1896.
Jalaguier. — Traité de chirurgie. Duplay-Reclus.
Jeanbraud. — Montpellier médical, 1900.
Jeanne. — Normandie médicale. Rouen, 1899.
Loison. — Revue de chirurgie. Paris, 1895.
Lucas-Championnière. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1897.
Mahar. — Thèse de doctorat. Paris, 1904.
Mauclaire. — Bull. de la Soc. Anatomique, 1897.
— Médecine Moderne, 1903.
Maurin. — Thèse de doctorat. Paris, 1890.
Melliès. — Thèse de doctorat. Lyon, 1898.
Nélaton. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1894-1902.
Pasteau. — Bull. de la Soc. anatomique, 1895.
Peyrot. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1897.
Picqué. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1903.
Quénu. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1895, 1897, 1899, 1902.
Régnier. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1897.
Routier. — Gazette des Hôpitaux, 1892, 1896, 1900.
Sirou. — Thèse de doctorat, 1898.
Truc. — Thèse d'agrégation. Montpellier, 1886.
Vanverts. — Nord médical, 1902.
Veau. — Précis de technique opératoire. Paris, 1904.
Vielle. — Thèse de doctorat, Bordeaux, 1903.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.